

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA



A imagem vinculada não pode ser exibida. Talvez o arquivo tenha sido movido, renomeado ou excluído. Verifique se o vínculo aponta para o arquivo e o local corretos.

TEÓGENES LUIZ SILVA DA COSTA

**AUTO-HEMOTERAPIA E A “INVENÇÃO DA BIOMEDICINA”: UM ESTUDO
SOCIOLÓGICO SOBRE CONTROVÉRSIAS MÉDICAS NO BRASIL**

JOÃO PESSOA

2013

TEÓGENES LUIZ SILVA DA COSTA

AUTO-HEMOTERAPIA E A “INVENÇÃO DA BIOMEDICINA”: UM ESTUDO SOCIOLÓGICO
SOBRE CONTROVÉRSIAS MÉDICAS NO BRASIL

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Arte (CCHLA) da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ednalva Maciel Neves.

JOÃO PESSOA

C837a Costa, Teógenes Luiz Silva da.

Auto-Hemoterapia e a invenção da biomedicina: um estudo sociológico sobre controvérsias médicas no Brasil / Teógenes Luiz Silva da Costa.-- João Pessoa, 2013.

138f.

Orientadora: Ednalva Maciel Neves

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHL

*1. Sociologia da Saúde. 2. Auto-Hemoterapia (AH).
3. Biomedicina. 4. Medicina Social.*

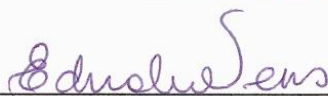
TEÓGENES LUIZ SILVA DA COSTA

AUTO-HEMOTERAPIA E A "INVENÇÃO DA BIOMEDICINA": UM ESTUDO
SOCIOLÓGICO SOBRE CONTROVÉRSIAS MÉDICAS NO BRASIL

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letrase Arte (CCHLA) da Universidade Federal da Paraíba – UFPB como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Sociologia.

Aprovada em 05/04/2013

BANCA EXAMINADORA:



Dr^a. **Ednalva Maciel Neves** (Orientadora – UFPB)



Dr. **Carlos Guilherme Octaviano do Valle** (Examinador Titular Externo/UFRN)



Dr. **Eduardo Sérgio Soares Sousa** (Examinador Titular Interno/UFPB)

Dedico o presente esforço aos meus pais,
aos meus irmãos e à Bárbara, pessoas que
são de importância incalculável em minha
existência.

AGRADECIMENTOS

De forma mais que especial, agradeço a Luiz Alves da Costa e à M^a da Luz Silva da Costa, os maiores responsáveis por todas as minhas conquistas, a eles devo graças pela educação que me foi dada. Agradeço ainda aos meus irmãos, componentes de importância ímpar na constituição do meu maior bem, minha família. À Bárbara Almeida, fonte de aconchego e carinho, elementos que não poderiam faltar em minha vida, obrigado.

Agradeço ainda à minha orientadora, Ednalva Maciel Neves, que muito cooperou com meu crescimento intelectual nesses árduos dois anos de caminhada acadêmica.

Agradeço à Cristina, Hiran, Sr. Vavá e dona Socorro & família por terem sido meu Porto Seguro na Paraíba (esse trocadilho foi proposital, pois, tanto quanto a terra baiana, Jampa é uma cidade linda e maravilhosa).

Agradeço aos amigos de turma, principalmente, Claudiovam, Johnatam e Ricardo, bem como a Jesus do Maranhão, parceiros de conversas loucas e saídas para desestressar a mente, por vezes perturbada.

Agradeço a Herbênio e Sandra, por também terem feito parte de minha formação humana e acadêmica, bem como aos meus tios e tias, Ana Maria e Eudócio, Tarcísio e Selma, às Marias, das Graças e Liduína, por comporem esse time de educadores habilidosos.

Tenho muito a agradecer ao médico/doutor/educador Luiz Moura, que, apesar de eu não o conhecer pessoalmente, possibilitou-me – através da coragem que teve de divulgar uma técnica que prioriza a maior das atribuições da atividade médica, a saber, a “arte de curar” – abrir os meus olhos para realizar questionamentos teóricos pautados em realidade empírica. Muito obrigado, Sr. Luiz Moura, tenho-lhe como exemplo de ser humano.

Não poderia esquecer de agradecer à Raquel Mesquita, pois, sem ela eu nem mesmo teria ficado sabendo da seleção ainda em aberto na UFPB, muito obrigado!

A todos vocês, o meu sentimento de gratidão!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Este trabalho aborda as controvérsias dentro da biomedicina acerca de práticas de saúde consideradas científicas ou não. A presente pesquisa irá abordar os processos de saúde-doença a partir de uma perspectiva socioantropológica. Considera-se como recorte empírico a proibição (atribuída pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA) direcionada aos profissionais da área da saúde, do uso de um método terapêutico denominado Auto-Hemoterapia (AH), à Medida que tal técnica reclama legitimação enquanto conhecimento médico legal. Foram utilizadas variadas ferramentas metodológicas, tais como: pesquisa documental, entrevistas, reportagens em mídia televisiva (entre outras). Esta prática constitui da utilização de sangue autólogo (sangue do próprio indivíduo em tratamento), puncionado da corrente sanguínea e aplicado imediatamente no músculo do sujeito praticante. Procuro entender o processo de legitimação de práticas que são consideradas ora científicas, ora ilegítimas. A conclusão desta pesquisa diz respeito à necessidade de uma vez mais, as Ciências Sociais e as Biomedicinas debaterem sobre novos rumos para os estudos em torno dos processos de saúde-doença.

Palavras-chave: Auto-Hemoterapia. Sociologia da Saúde. Saber-poder. Poder simbólico.

ABSTRACT

This work addresses the controversies within Medicine about health practices considered scientific or not. This research will address the process of health-disease from a social-anthropological perspective. It is considered as empirical cut the prohibition (assigned by the National Health Surveillance Agency- ANVISA) directed at health professionals, the use of therapeutic method called Auto-Hemotherapy (AH), such as technical reclaim legitimacy while legal medical knowledge . Different methodological tools were used, such as: documentary research, interviews, reports on television media (among others). This practice constitutes the use of autologous blood (blood of individual in treatment), punctured the blood stream and applied immediately in the muscle of the practitioner. I try to understand of legitimizing practices that are now considered scientific, sometimes illegitimate. The conclusion of this research concerns to once again, the Social Sciences and Biomedicines debate on new directions for studies about the processes of health-disease.

Keywords: Auto-Hemotherapy. Sociology of Health. Knowledge-power. Symbolic power.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AH – Auto-Hemoterapia

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CFM – Conselho Federal de Medicina

CRM – Conselhos Regionais de Medicina

GESAC/GGSTO – Gerência de Sangue e Componentes

MS – Ministério da Saúde

PRP – Plasma Rico em Plaquetas

RCCT – *Randomized Controlled Clinical Trials* (Sigla em língua inglesa, no português, é considerada: Estudos Duplo-cego Randomizados)

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

STF – Supremo Tribunal Federal

TSP – Tampão Sanguíneo Peridural

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
------------------	---

CAPÍTULO I

SOBRE A CONSTRUÇÃO DO OBJETO: ESCOLHAS TEÓRICO/CONCEITUAIS	14
1.1 – Desenvolvimento da pesquisa: recolhendo informações	14
1.2 – A Auto-Hemoterapia: um <i>actante</i> e suas derivações	22
1.3 – As categorias nativas	26
1.4 – AH: o campo da biomedicina (a ideia de racionalidade).....	30

CAPÍTULO II

AH: O FENÔMENO	35
2.1 – O que é a AH?.....	35
2.2 – Os estudos realizados pela Sociologia/Antropologia da Saúde	47
2.3 – Os estudos realizados pela Medicina Social: uma visão epistemológica?	52
2.4 — AH e a legislação nacional: o fato da proibição	56
2.5 – Breve contextualização histórica da hematologia/hemoterapia	61

CAPÍTULO III

A CONTROVÉRSIA CIENTÍFICA	67
3.1 – Sobre controvérsias	67
3.2 – Os defensores da AH: seus argumentos	78
3.2.1 – <i>Aplicação da técnica do PRP na medicina esportiva</i>	80
3.2.2 – <i>O TSP</i>	83
3.3 – Opositores: o parecer do CFM (e o posicionamento da ANVISA)	85

CAPÍTULO IV

RACIONALIDADE, CIÊNCIA E AH: AS VARIADAS CONCEPÇÕES SOBRE O QUE É CIÊNCIA E MEDICINA	91
4.1 – Racionalidade	91
4.2 – Racionalidade ou racionalidades biomédicas	95
4.3 – Compreendendo o discurso de autoridade na ciência	97
4.4 – O que é medicina?.....	105
4.5 – Reelaborando antigas proposições sociológicas	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
BIBLIOGRAFIA	135
SITES VISITADOS.....	140
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	141
ANEXO A – NOTA TÉCNICA DA ANVISA.....	142

INTRODUÇÃO

Realizar o processo de estranhamento, uma das primeiras lições aprendidas em se tratando de trabalhos sociológicos, atividade que é marcada pelo esforço do pesquisador para se distanciar¹ da realidade a ser estudada, já é uma tarefa por demais difícil. Empreender um processo de estudo da biomedicina² é tão complexo quanto àquela tarefa, pois se trata de abordar uma discussão acerca do debate sobre o caráter científico de uma prática de saúde que pleiteia sua legitimidade. A dificuldade maior caracteriza-se exatamente por conta de os dois contextos da pesquisa fazerem parte do meu cotidiano, uma vez que me pretendo cientista (sociólogo) e ainda sou adepto da prática aqui colocada no foco de minhas pesquisas. Contudo, apesar da difícil tarefa, encaro como uma espécie de odisseia o trabalho a que me propus desenvolver.

O presente estudo é resultado de uma busca iniciada e desenvolvida há algum tempo, que tinha como escopo entender os processos de produção de controvérsias³ tendo a ciência como domínio de referência na validação do saber e atividade médicas, atuando no mecanismo de produção de práticas de saúde e conhecimento nas sociedades ocidentais.

Por ser extremamente amplo o campo a que demonstro interesse, logicamente, precisa ser delimitado na intenção de respeitar as possibilidades concretas da pesquisa. Nesse sentido, será aqui utilizado como recorte empírico o estudo de uma prática na área das ciências da saúde, a Auto-Hemoterapia (a qual irei, comumente, referir-me como AH), não reconhecida como cientificamente válida

1 Apego-me, no que diz respeito à noção de distanciamento, aos desenvolvimentos teóricos de Geertz, para quem o estudo social é viável e possível graças à busca de desempenhar a tarefa de “tentar formular a base na qual se imagina, sempre excessivamente, estar-se situado, eis no que consiste o texto antropológico como empreendimento científico. Não estamos procurando, pelo menos eu não estou, tornar-nos nativos (em qualquer caso, eis uma palavra comprometida) ou copiá-los. Somente os românticos ou os espiões podem achar isso bom. O que procuramos, no sentido mais amplo do termo, que compreende muito mais do que simplesmente falar, é conversar com eles, o que é muito mais difícil, e não apenas com estranhos, do que se reconhece habitualmente” (GEERTZ, 2008, p.10). Ou seja, a noção de distanciamento tenta trazer à tona a ideia de “vigilância epistemológica”, cuidar para que o discurso aqui apresentado não seja uma “transcrição ingênua” da realidade apresentada pelo campo, mas antes uma “descrição densa” e crítica da realidade a que se pretendeu analisar.

2 Na presente pesquisa, os termos “medicina” (em sua vertente ocidental-moderna e cientificista) e “biomedicina” são tidos como sinônimos. Tal escolha é pautada seguindo os estudos do Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas, liderado pela professora Terezinha Luz, autora que, além deste termo, cunhou o conceito de *racionalidades médicas*.

3 Aquilo a que denomino *controvérsia* é observado nos estudos de Shinn & Ragouet (2008) e traduz a ideia de conflitos que se referem às diversificadas conceitualizações sobre o que seja a ciência e sobre quais são as suas características.

pela biomedicina e que, portanto, possui sua utilização proibida pelo Estado, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

O problema sociológico a que me proponho estudar é o fato de ser proibido ao profissional de saúde, através da nota emitida em 2007 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o uso, enquanto recurso terapêutico, da AH. Se a proibição deflagrada aos profissionais da área da saúde por si só já fomenta um problema sociológico, este fica mais complexo quando, mesmo estando proibido seu uso, continua sendo utilizado por pessoas e profissionais de saúde.

Esse é um tema que me desperta interesse desde a graduação, quando escolhi como objeto de estudo pesquisar uma prática relacionada à área das ciências da saúde, a AH. Esta técnica continua a ser algo que me prende a atenção e que me suscita a curiosidade pela interdição⁴ de sua utilização e, mesmo com tal proibição, ainda ser amplamente divulgada, motivo pelo qual continuo a pesquisá-la. A ciência surge aqui como elemento a mais num debate dentro do âmbito das *racionalidades médicas*⁵ acerca da legitimidade desta prática na área das “técnicas de cura”.

Tal técnica consiste na retirada de sangue do próprio indivíduo em tratamento, portanto, “sangue autólogo⁶”, assim chamado por se tratar de sangue da pessoa em tratamento e sua imediata aplicação no mesmo sujeito, cujo objetivo consiste na potencialização do sistema imunológico. Esse é um aspecto significativo do fenômeno, visto que dispensa um aparato tecnológico muito desenvolvido (ou seja, de ponta) e/ou tecnologia médica avançada, considerando que o sangue é retirado da pessoa e imediatamente aplicado no músculo, sem passar por qualquer procedimento tecnológico ultra-avançado. Trata-se de uma prática utilizada no indivíduo hígido, saudável (desse modo, a técnica é usada como técnica preventiva), bem como em indivíduos doentes.

No caso da AH, apesar da “proibição”, persistem profissionais de saúde no Brasil que a consideram uma prática de saúde que permite a potencialização do sistema imunológico. Vale ressaltar que, por se tratar de uma técnica proibida, os profissionais que a utilizam exigem total sigilo de seus “clientes”, para que eles não se comprometam. Ainda por se

4 É necessário aqui esclarecer que, talvez por motivos jurídicos, a proibição referente à prática da AH é direcionada aos profissionais da área de saúde: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc. Em relação ao ato proibitivo da AH, vide anexo A.

5 Refiro-me desde já às *racionalidades médicas* para que o leitor possa entender que minha interpretação sobre a biomedicina inclui, dentro da própria medicina, modalidades diferentes de interpretação e intervenção sobre o corpo e os fenômenos de saúde e doença, seguindo o pensamento de (BENET, 1999; CAMARGO JR., 2005; CARVALHO; LUZ, 2009).

6 Sangue autólogo é “quando o doador e o receptor são a mesma pessoa” (VANE & GANEM, 2006: 291).

tratar de algo que é exercido sob forte sigilo, não me foi possível realizar uma quantificação do número de indivíduos que atualmente aderem à técnica da AH, o que me impossibilitou, conseqüentemente, saber quantos desses sujeitos eram homens ou mulheres, qual a orientação sexual deles, a sua condição econômica, entre outros dados que poderiam fornecer informações importantes. Segundo seus praticantes, outras indicações de uso são: alergias, estimulação e potencialização do Sistema Imunológico e, principalmente, o tratamento de doenças autoimunes⁷ através do fortalecimento do Sistema Imunológico.

Os dados recolhidos, ainda na graduação⁸, apontaram que os indivíduos que entram em contato com a AH o fazem por várias vias, consegui perceber algumas; uns são orientados pelos próprios médicos, este grupo geralmente possui doenças que não foram curadas com tratamentos convencionais, então os médicos, talvez como uma última tentativa, mostram a possibilidade da AH; outros indivíduos ficam sabendo da AH devido ao fato de terem parentes que já tratam enfermidades com a AH. Não posso generalizar estas informações e afirmar haver apenas estas formas de entrar em contato com a AH, no entanto, parecem ser as mais frequentes.

Outra informação importante, é que, naquela pesquisa, tive contato com indivíduos que praticavam a AH em grupo (formado entre 15 e 20 indivíduos), inclusive até acompanhei-o. Na prática, não obedeciam a um cronograma fixo, pois a profissional que administrava a AH trabalhava em um hospital em que sua escala era de 12h de trabalho por 48h de folga (além do mais, como indicado no DVD⁹ que aqui é analisado, a AH deve ser

7 Doença autoimune: “Autoimunidade é a falha em uma divisão funcional do sistema imunológico chamada de autotolerância, o que resulta em respostas imunes contra as células e tecidos do próprio organismo. Qualquer doença que resulte deste tipo de resposta é chamada de doença autoimune”, segundo o Núcleo de Estudos de doenças Auto Imunes (NEDAI), da sociedade portuguesa de medicina interna, disponível em:

<http://www.nedai.org/rubrica.aspx?id_seccao=51&id_rubrica=107&ord=6>. Acesso em: 21/05/2012. Em entrevista cedida ao Dr. Dráuzio Varella, o Dr. Samuel Kopersztych diz que doenças autoimunes são “[...] fundamentalmente caracterizadas pela formação de autoanticorpos que agem contra os próprios tecidos do organismo. Por isso, o nome autoagressão, às vezes, é mais feliz. O paciente, geralmente do sexo feminino, fabrica substâncias nocivas para seu organismo. O anticorpo, que é um mecanismo de defesa, passa a ser um mecanismo de autoagressão nessas pacientes. Portanto, o que caracteriza a doença autoimune é a formação de anticorpos contra seus próprios constituintes”. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/entrevistas/lupus1.asp>>. Acesso em: 21/05/2012.

8 Aqui se faz importante ressaltar que, durante as pesquisas de graduação, optei por estudar tanto profissionais da área médica quanto indivíduos “praticantes”, sendo que pouco ou quase nada utilizei do material colhido com os profissionais, adquirindo bem mais importância o material colhido com os sujeitos que a praticavam, justificável pelas dúvidas que eu me fazia àquela época que me direcionara àqueles interlocutores prioritariamente.

9 Trata-se de um produto de mídia, o DVD foi produzido, independentemente, em 2004, por Ana Martinez e Luiz Fernando Sarmiento, e pode ser facilmente adquirido baixando-o da internet, cujo interlocutor é o médico carioca Dr. Luiz Moura. Este produto midiático foi usado como parte da pesquisa empírica que dá suporte à presente pesquisa.

aplicada de sete em sete dias), mas regularmente adicionava à sua carga horária plantões extras, o que acarretava a não regularidade das aplicações.

Também é importante destacar que os sujeitos que frequentavam o grupo por mim acompanhado não se reuniam todos em um dia específico da semana para fazerem uso da AH. Geralmente, funcionava da seguinte forma, por exemplo: iam uma mãe e sua filha; ou esposo e esposa; ou ainda um pequeno grupo de amigos (entre três a cinco). Por que então eu lancei mão da denominação “grupo”, se se tratava de pessoas que não se reuniam em um todo e com frequência? Esta denominação foi escolhida por eu ter captado entre as pessoas um sentimento de pertença, de comunhão onde o objeto da “comunhão” era a técnica da AH. Mas esta informação também não pode ser generalizada, apesar de eu ter me informado que outros grupos obedeciam mais ou menos à mesma formatação. Além disso, também fui informado por alguns praticantes que havia pessoas que pagavam pela aplicação, estas realizavam o procedimento de forma individual.

Mais instigante ainda é perceber que a AH tem sua utilização, ou pelo menos algumas “vertentes” dela, mesmo aqui no Brasil, autorizada em determinados contextos da prática médica, por exemplo: na medicina desportiva, a respeito da autorização do uso de uma técnica conhecida como Plasma Rico em Plaquetas/PRP¹⁰; na anestesiologia, como também se constata na legalização do procedimento denominado Tampão Sanguíneo Peridural/TSP¹¹. Todas estas técnicas são variações da AH, pois se baseiam no mesmo princípio desta, a saber, a retirada de sangue autólogo e seu uso no próprio sujeito em tratamento, diversificando apenas o fato de este sangue passar ou não por tratamento físico (centrifugado, no caso do PRP), ou sua utilização tal qual a AH, como é o caso do TSP. Recentemente a medicina estética incorporou a técnica conhecida como PRP para realizar tratamentos de beleza, estas controvérsias serão mais bem discutidas mais a frente, no

10 No texto *Aplicação clínico-cirúrgica do plasma rico em plaquetas – estudo revisional*, os autores concluem o seguinte sobre o PRP: “Através dos dados revisionais, conclui-se que as propriedades associadas das plaquetas tornam o PRP um produto com grande potencial de melhorar a integração dos enxertos, sejam ósseos, cutâneos, cartilagosos ou de gordura, bem como para estimular a cicatrização de feridas cirúrgicas. Deste modo, o plasma rico em plaquetas, obtido de forma autógena, é rico em fatores de crescimento, sendo sua utilização considerada uma boa alternativa em cirurgias odontológicas” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Interessante perceber que este estudo entre outros serviram para que o CFM, através de um parecer, reconhecesse como válido o uso da técnica da AH em áreas específicas da saúde.

11 O médico José Oswaldo de Oliveira Júnior fala o seguinte sobre o TPS: “A auto-hemoterapia, sinônimo de terapia através de transfusão de sangue autólogo, tem sido erroneamente interpretada, na mídia leiga, como procedimento realizado pelo próprio doente ou por não médicos. (...) O procedimento é reconhecido e mundialmente indicado e utilizado no tratamento da cefaleia secundária à redução da pressão do líquido cefalorraquidiano que se instala após uma punção subaracnóidea” (OLIVEIRA JÚNIOR, 2007, p.163).

decorrer da exposição deste estudo, sem contar o fato intrigante de ser observado que existem países que legalizaram o uso da AH (como parece ser o caso do México¹²).

Além disso, é interessante salientar que o sangue é um objeto simbolicamente significativo na história das práticas de cura, na própria medicina, basta lembrar o exemplo das sangrias praticadas, na maioria das vezes, como forma de expurgar o mal do indivíduo; bem como em outras práticas sociais, a exemplo de determinadas sociedades não ocidentais em que os ritos de passagem que usam o sangue enquanto símbolo (não irei desenvolver esta questão por fugir ao escopo da pesquisa). Simbolicamente, o sangue representa a vida, bem como também a morte. Pode-se, a este respeito, lembrar as campanhas de doação de sangue, quando se afirma “doe sangue, doe vida”, ou ainda o medo que temos de nos contaminarmos através de sangue, por exemplo, no caso do HIV. Como um dos fluidos corporais, o sangue possui diversificados sentidos:

O sangue pode reter para si variadas simbologias. (...) Mary Douglas apresenta dois eixos principais: 01- o sangue como material puro; 02- sangue como material impuro. Ou seja, as sociedades não existem num vazio e sem cargas, sem atribuir significados ao mundo que a circunda. Assim como todas as coisas que podem ser aludidas a impurezas, o sangue pode nos servir como uma boa analogia no sentido de demonstrar uma imagem geral da ordem social (COSTA, 2009, p.37).

Como se pode ver, no imaginário coletivo, o sangue adquire inúmeras simbologias, a exemplo dos estudos realizados pela antropóloga Mary Douglas ao se referir não exclusivamente ao sangue, mas aos fluidos corporais em geral como adquirindo simbologia de “puro” ou “impuro”, “sagrado” ou “profano”. Deve-se lembrar ainda que, no âmbito da prática médica, existe uma especialidade médica encarregada das intervenções que dizem respeito ao sangue, trata-se da hematologia, que toma objetivamente o sangue como artefato de intervenção.

Cabe ainda ressaltar que a AH se conjuga com um imaginário, não apenas do tratamento, mas também da prevenção, concepção esta que tem se tornado dominante

12 Com relação à informação do uso da AH no México, pude encontrar, a partir de busca na internet, que existe um grupo de médicos (conhecido como: Inmusys Center) que utilizam a AH como tratamento usual, vejamos: *“Desde nuestro comienzo, en enero de 1998, más de 2300 pacientes se han tratado con la autohemoterapia con resultados sorprendentes. En países que se caracterizan por estar a la vanguardia en proyectos de investigación se trabaja arduamente en el desarrollo de la medicina avanzada buscando nuevas opciones de terapia, vacunas y tratamientos que ayuden a mejorar la calidad de vida de la cada vez más creciente población mundial. En Inmusys Center estamos seguros que nuestro país cuenta con la capacidad y los conocimientos para formar parte de esta sinergia de investigación que ofrezca una expectativa de vida mayor y de mejor calidad. Esperamos ser una esperanza para su salud y que esta terapia sea la mejor alternativa para aliviar sus síntomas así como frenar los procesos degenerativos, logrando retirar los medicamentos de línea que a veces suelen causar otra serie de dolencias y estragos”*. Disponível em: <<http://www.inmusys.com/online/>>. Acesso em: outubro de 2012.

dentro da medicina, impulsionada pelos avanços tecnológicos modernos – quero dizer de uma medicina cuja tendência se justifica na antecipação do adoecimento. A medicina preventiva se tornou tão difundida que se transformou em especialidade médica, como pode ser constatado:

Estabelecida formalmente a partir dos anos 1960 nos Estados Unidos, essa especialidade tem como objetivo principal proporcionar melhor qualidade de vida aos cidadãos ao prever, evitar e tratar eventuais enfermidades antes que elas se manifestem plenamente. (...) Os médicos dessa área costumam utilizar um número grande de ferramentas para detectar problemas nos pacientes. As mais comuns são os exames físicos e clínicos que conseguem apontar tendências a determinadas enfermidades, como problemas no sistema cardiovascular ou alterações nos índices de glicemia e colesterol – que indicam a possibilidade de diabetes e problemas circulatórios, entre outros. (...) Mesmo quando os exames não identificam doenças, os médicos costumam orientar os pacientes a terem uma vida mais saudável e com menos riscos. Em determinados casos, apenas a adoção de hábitos simples de higiene, como lavar as mãos e escovar os dentes com frequência trazem ganhos significativos de saúde para o cidadão¹³.

A discussão em torno do imaginário de prevenção na saúde é bastante importante de ser realizada, mas, exatamente por sua grande importância, não merece ser tratada de forma superficial. Por isso, apenas fiz esta breve inserção com o intuito de mostrá-la como um tema que perpassa a presente pesquisa, mas admitindo não ser central no presente estudo.

Diante desses aspectos, algumas questões despontaram, por exemplo: como funciona a produção/legitimação da medicina (incluindo a sua dimensão prática, também conhecida como terapêutica, e a do conhecimento, também denominada diagnose) nas sociedades ocidentais modernas? Intenciona-se problematizar a ordem médica enquanto domínio legítimo de produção de práticas de saúde a partir da discussão sobre a Auto-Hemoterapia (AH) como um procedimento que provoca controvérsias acerca de: formas de validade do conhecimento produzido, bem como a institucionalização de práticas de saúde como parte da lógica ou *racionalidade*¹⁴ médica (CAMARGO JR., 1992, 2005; TESSER; LUZ, 2008).

Assim, tento entender o debate acerca do fato de que a medicina almeja alcançar o *status* de ciência e, melhor, compreender o porquê deste domínio de saber (medicina) ainda

13 Informação adquirida em site do Governo Federal. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/cuidados-e-prevencao/medicina-preventiva>>. Acesso em: 14/02/2013.

14 O conceito de racionalidade que pretendendo desenvolver neste trabalho é tirado, primariamente, dos estudos desenvolvidos por Weber e que, posteriormente, foram assimilados e alargado pela área da medicina social e adquiriu a forma de *racionalidades médicas*. Pretendo discutir com maior profundidade esta temática mais à frente.

ser, por muitos, considerado uma prática, e não uma ciência (pelo menos não toda ela), o que me levou a pesquisar sobre a complexidade que é a atividade científica, bem como qual a natureza da medicina a partir de (CANGUILHEM, 2000). Portanto, não intenciono dar conta de toda esta questão que, por si só, já é bastante complicada nas sociedades ocidentais; intento entender como a AH está inserida neste contexto complexo de discussão, que envolve, entre outras coisas, relação de poder, saber e intervenções sobre o corpo. Esse questionamento sobre o *status* social da medicina surgiu diversas vezes nos discursos, seja de forma direta, seja de forma indireta, em falas de entrevistados e/ou em documentos escritos (reportagens, documentos oficiais, etc.).

Na presente pesquisa, trata-se de problematizar a dificuldade de estabelecer a natureza científica ou não da AH. Seria a AH técnica ou procedimento que pode ser prática de saúde? O que caracteriza certa prática ser técnica ou procedimento? O que é técnica e o que é procedimento? O que a AH é, prática de saúde ou prática médica?

As questões que surgiram no transcurso da investigação permitiram perceber que a medicina pode ser reconhecida como um domínio de práticas e saberes, envolvendo também certa competição dentro do campo – no sentido utilizado por Bourdieu (1989) – da biomedicina (a exemplo da enfermagem e da medicina). Os atores sociais diretamente envolvidos nesta temática (médicos praticantes ou não) são o fio condutor que foi perseguido no intuito de elucidar as questões aqui propostas, bem como outros profissionais da área da saúde.

Portanto, o presente estudo se volta à compreensão da existência de controvérsias médicas que dizem respeito à legitimidade de práticas de cura consideradas ou não científicas no âmbito da medicina, especificamente, no caso brasileiro. Trata-se dos embates dentro da medicina acerca da legitimidade das práticas de saúde e sobre quem está autorizado para sua realização.

Desse modo, neste espaço, abordarei a medicina ou biomedicina como uma tentativa teórica de responder às problemáticas em torno dos processos de saúde-doença. Ressalto ainda que aqui tomo como referencial teórico estudos realizados por pesquisadores ligados a pesquisas na área da medicina social (CAMARGO JR., 1992, 2005; CARVALHO; LUZ, 2009, 2009; LUZ, 2011; NEVES, 2008; TESSER; LUZ, 2008), bem como de teóricos clássicos da sociologia (DURKHEIM, 1996; MARX; ENGELS, 1980; WEBER, 1999, 1999).

Dito isso, é preciso que saibamos que esta (biomedicina/conhecimento) é uma esfera social que se correlaciona com outras, por isso, busco ver mais aprofundadamente esta ocorrência, principalmente com diferentes campos, tais como: a esfera política, uma

vez que a “proibição” (aqui entre aspas em razão da falta de consenso com relação à plausibilidade e até legalidade do ato de proibir a prática da AH) imposta pelo estado brasileiro, figurado pela ANVISA; bem como a econômica, por conta de o trabalho realizado em campo ter me sugerido essa hipótese, identificada na fala do médico Luiz Moura, no DVD intitulado *Auto-Hemoterapia: uma conversa com o Dr. Luiz Moura*, evidenciando a complexidade existente neste tema.

Por ser o objeto de minha pesquisa o uso do “fazer científico”(NEVES, 2008), ou seja, a utilização do *métier* biomédico (por parte dos contrários à prática da Auto-Hemoterapia) como justificativa para deflagrar-se uma deslegitimação do uso “não médico” da presente prática, coloco-me, e à minha pesquisa, no bojo das discussões que intenciono realizar (uma vez que o fazer científico biomédico pauta-se nos mesmos princípios de racionalidade das ciências humanas, sendo assim, também ponho minhas teorizações sobre a presente pesquisa como parte de toda esta polêmica, ainda mais quando me torno também um praticante de tal terapêutica), pois, como observou Bourdieu sobre seu próprio ofício, eu estou “erigindo-me em observador de um jogo que eu continuo a jogar” (BOURDIEU, 1989, p.52).

No entanto, admitir-me “jogador” do “jogo da ciência” (e da prática da AH) não invalida as proposições levantadas a partir da presente pesquisa, nem muito menos as supervalorizam em detrimento de outras possibilidades compreensivas, pois, se admitirmos que as ciências humanas

Estuda[m] o fenômeno do homem – a mente do homem, seu corpo, sua evolução, origens, instrumentos, arte ou grupos, não simplesmente em si mesmos, mas como elementos ou aspectos de um padrão geral ou de um todo. Para enfatizar esse fato e integrá-lo a seus esforços, os antropólogos tomaram uma palavra de uso corrente para nomear o fenômeno e difundiram seu uso. Essa palavra é *cultura* (...) Assim como o epistemólogo que considera o “significado do significado” ou como o psicólogo, que pensa sobre como as pessoas pensam, o antropólogo é obrigado a incluir a si mesmo e seu próprio modo de vida em seu objeto de estudo, e investigar a si mesmo (...) Desse modo, a consciência da cultura gera uma importante qualificação dos objetivos e do ponto de vista do antropólogo como cientista: ele precisa renunciar à clássica pretensão racionalista de objetividade absoluta em favor de uma objetividade relativa, baseada nas características de sua própria cultura (...) A objetividade “absoluta” exigiria que o antropólogo não tivesse nenhum viés e portanto nenhuma cultura (WAGNER, 2010, p.27).

Desse modo, a sociologia, assim como a antropologia, deve ser consciente dos limites de suas proposições e “análises” relativas à sociedade. Mas, ainda que reconhecer meu papel de usuário represente algumas implicações, acredito que não é apenas a racionalidade filosófico/científica que me serviu de ferramenta na elaboração deste trabalho,

a ideia de *senso prático*¹⁵, que faz do pesquisador um ator coadjuvante no processo em questão, ajudou-me na construção desta pesquisa. Enquanto pesquisador me é impossível desvincular-me das dimensões de praticante da AH e de “cientista” (uma vez que a sociologia é uma ciência).

Posso adiantar que, por ser uma temática ainda não explorada no ambiente sociológico, houve bastante dificuldade no levantamento bibliográfico, bem como na própria condução prática da pesquisa. Como foi falado anteriormente, este é um tema que venho pesquisando desde a graduação, sendo assim, muitos dos questionamentos e incompreensões não elucidados (ou mesmo incompreensíveis) naquela época são trazidos agora. Exemplo, o fato de eu não haver percebido, até então, que existe uma controvérsia central no campo da medicina, ora tomada como uma prática, ora como uma ciência. Essa “descoberta” se desdobra em várias questões, como a que mencionei anteriormente, a saber, o fato de que a medicina, por vezes, reclama um *status* científico para o seu “fazer”.

Este debate é trazido por Canguilhem (2000) quando demonstra que o ato médico consiste numa arte, melhor dito, numa aplicação do conhecimento científico produzido em outras instâncias da medicina, tais como: patologia, fisiologia, epidemiologia – espaços disciplinares que situam o normal e o patológico dos fenômenos corporais –, estabelecendo a diferença entre a saúde e a doença, na dimensão teórica (ou seja, a que concebe uma dupla dimensão à atividade realizada pela medicina, a saber, uma dimensão teórica, e outra relacionada à prática médica).

A relevância deste estudo está em pôr em foco as discussões sobre o uso estratégico do discurso da ciência enquanto esfera que produz “verdades” socialmente mais valorizadas, na legitimação ou deslegitimação do uso de certas terapias por médicos e não

15 Bourdieu (2004^a) explora a dimensão prática da vida social a partir da noção de *senso prático*, e considero que a prática científica não foge desta condição, visto que me senti preso a duas dinâmicas distintas entre si: uma da academia e outra do campo de pesquisa e daquilo que deixava entrever a mim enquanto pesquisador, meus limites. Então, *senso prático* para Bourdieu é um conceito que apenas pode ser entendido sabendo que ele complementa a noção de *habitus*, nas palavras do próprio Bourdieu, com este conceito ele queria: “acima de tudo, reagir contra a orientação mecanicista de Saussure (que, como mostrei em *Le sens pratique*, concebe a prática como simples *execução*) e do estruturalismo. Aproximando-me neste caso de Chomsky, em quem eu encontrava a mesma preocupação de dar uma intenção ativa, inventiva, à prática (ele foi considerado por alguns defensores do personalismo como um bastião da liberdade contra o determinismo estruturalista), eu queria insistir nas *capacidades geradoras* das disposições, ficando claro que se trata de disposições adquiridas, socialmente constituídas. Percebe-se a que ponto é absurda a catalogação que inclui no estruturalismo destrutor do sujeito um trabalho que se orientou pela vontade de reintroduzir a prática do agente, sua capacidade de invenção, de improvisação. Mas eu queria lembrar que essa capacidade “criadora, ativa, inventiva”, não é a de um sujeito transcendental como na tradição idealista, mas a de um agente ativo. Mesmo com o risco de me ver alinhado com as formas mais vulgares do pensamento, queria lembrar o “primado da razão prática” de que Fichte falava, e explicitar as categorias específicas dessa razão (o que tentei fazer em *Le sens pratique*)” (BOURDIEU, 2004^a, p.25-26).

médicos. Problematicar essa questão possibilita que sejam reunidos conhecimentos críticos sobre as práticas da biomedicina.

Por fim, cabe dizer que este estudo se insere na vertente sociológica de estudos sobre a saúde e a medicina, que se caracterizam por tomarem como objeto de estudos o processo de saúde-doença, a dimensão social do processo de adoecimento, teorias e metodologias médicas, etc. Esta dissertação segue uma estrutura que tenta “reproduzir”, pelo menos em parte, o percurso da pesquisa, que é o seguinte: no primeiro capítulo, exploro as escolhas metodológicas e teórico/conceituais. Lá, iniciar-se-á a exposição de ideias que ajudaram a cercar o presente objeto, o motivo pelo qual está proibida sua prática, bem como se explicitará de que maneira elas contribuíram na tarefa de compreensão da temática aqui em questão. Ainda serão expostos os caminhos percorridos durante a pesquisa: suas “origens”, as dificuldades, etc.

No segundo capítulo, será apresentada a AH, sua “lógica de funcionamento”, e as controvérsias que a acompanham. Neste momento, são apresentadas as formas de AH existentes (segundo classificação do CFM). Por sua vez, no capítulo terceiro, apresentarei as controvérsias que envolvem o “reconhecimento” de certas formas de AH e a proibição de outras formas da mesma técnica, bem como os posicionamentos dos defensores e opositores da AH.

No quarto capítulo, tendo sido expostas as ideias que fundamentam, segundo os seus defensores/praticantes, a prática da AH, discutir-se-á sobre a racionalidade médica e a controvérsia científica por trás dela. Ou seja, como essas controvérsias despontam, como “compõem” o cenário de uma discussão que adentra ao campo da legitimação de conhecimento. O conceito de legitimidade é aqui aplicado e pretende-se apontar como a ideia de cientificidade envolve outras justificativas que seriam transversais ao campo da biomedicina. Ainda neste capítulo, irei realizar uma discussão mais aprofundada sobre a relação entre ciência e medicina, ressaltando o que chamarei de dimensão teórica das controvérsias biomédicas.

Ainda nesse capítulo, intenciono “montar” um panorama das pesquisas que tomam a saúde como objeto de estudo. Das pesquisas socioantropológicas, às realizadas pela medicina social, pretendo perceber regularidades, convergências e/ou divergências no que concerne ao objeto “saúde”. Neste capítulo que almejo dar uma contribuição teórica ao debate em torno da problemática “saúde”, contribuição simplória, uma vez que consiste apenas em chamar atenção para outra possibilidade analítica desenvolvida por autores contemporâneos que tematizaram, entre outras coisas, a produção de conhecimento e sua correlação com relações de poder nas sociedades modernas. Assim, o presente estudo

também está inserido no campo das pesquisas sobre o processo de saúde-doença, mesmo que apresentando uma conotação dos estudos sociais sobre a temática.

Por fim, nas considerações finais, elaboro uma síntese do que apreendi com a presente pesquisa, uma espécie de resultado conclusivo sobre os achados teóricos que estão diluídos em todo o trabalho.

Gostaria de esclarecer que este trabalho almeja investigar o problema em torno das controvérsias científicas, partindo (como **pressuposto**) da “ideia de que o homem inventa suas próprias realidades” (WAGNER, 2010) – aliás, ideia até antiga, como argumentarei –, uma vez que todos os autores estudados, que me permitiram melhor compreender o fenômeno que será apresentado, entendem que a realidade social não é algo dado, um construto simplesmente natural (ou sobrenatural), mas que antes é algo elaborado em sociedade.

Uma última informação muito importante, que deve ser lida com caráter esclarecedor, é que o leitor deve estar sempre ciente que este é um trabalho que dá continuidade às pesquisas iniciadas ainda na graduação. Assim, deixo claro que trago informações colhidas naquele período de estudos que, ou não foram trabalhadas no trabalho final de conclusão de curso, ou foram avaliadas com outros objetivos.

Devo então ressaltar o que diferencia a pesquisa de graduação desta realizada no mestrado. Em meu trabalho de monografia, que possuiu uma conotação preponderantemente antropológica, intencionei cercar o objeto de minhas pesquisas (naquele momento, eu estudava a problemática em torno da AH, tendo como agentes de referência os indivíduos que praticavam a mencionada técnica) buscando o diálogo com os sujeitos que praticam a AH. Apesar de eu ter entrevistado profissionais de saúde, o principal material utilizado no trabalho final foram os dados referentes aos praticantes, aos indivíduos que utilizavam a AH como terapia médica, pois não havia clareza de como usar as falas dos profissionais.

Desse modo, meus interlocutores me ajudaram a produzir um trabalho no qual ressaltei que a produção de conhecimento na academia possui um caráter “ritualístico”. Na presente pesquisa de mestrado, os interlocutores que contribuem para a elucidação das questões que me propus são, exclusivamente, profissionais defensores e contrários à AH (aqui incluo as entrevistas realizadas na graduação e no mestrado), contribuição esta que se dá seja através de entrevista, seja através de documentos de instituições que se envolveram no ato proibitivo.

CAPÍTULO I

SOBRE A CONSTRUÇÃO DO OBJETO: ESCOLHAS TEÓRICO/CONCEITUAIS

Neste capítulo, pretendo expor o modo pelo qual o presente objeto foi sendo, aos poucos, recortado e construído. Intenciona-se, dessa forma, mostrar que o estudo que apresento não aparece em minha mente como algo dado, já terminado, ele é resultado de variadas tentativas, algumas das quais até “malogradas” de esculpi-lo (apesar de não ser possível trazer para este espaço as tentativas errôneas de análise, pelo menos deixo claro que o processo foi gradual, repleto de “avanços” e “retrocessos”). Assim, espero que fique claro o percurso seguido desde a origem, ou seja, das indagações iniciais até o presente trabalho.

Exploro ainda as escolhas teórico/conceituais. Aqui se iniciará a exposição de ideias que ajudaram a cercar o presente objeto, e ainda se explicará como elas contribuíram na tarefa de compreensão da temática aqui em questão; bem como serão expostos os caminhos percorridos durante a pesquisa: suas “origens”, as dificuldades e quais as “soluções” tentadas como meio de elucidação das inquietações.

1.1 – Desenvolvimento da pesquisa: recolhendo informações

Meu contato com a AH teve início a partir de uma experiência familiar, que ocorreu pela adesão à prática por parte de uma parenta, esta buscava a cura para uma alergia em suas mãos. Essa pessoa tomou conhecimento desta prática através de uma mídia (DVD anteriormente citado em nota de rodapé), protagonizada por um médico-defensor desta terapia. Esse “DVD” trazia uma entrevista realizada com um profissional – médico que fazia uma exposição sobre os benefícios dessa terapia e explicava a técnica de utilização.

O que me deixou bastante intrigado foi, além do processo técnico (retirar sangue do próprio indivíduo e reinjetá-lo), o fato de que se trata de um procedimento proibido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Fiquei sabendo de tal proibição assim que conheci a mencionada técnica, através da mesma parenta; ela advertiu que eu devia manter sigilo em relação àquela prática, pois a mesma era proibida pela ANVISA, o que lhe poderia acarretar medidas administrativas devido ao fato de ela ser uma profissional da área de saúde.

O argumento para tal proibição¹⁶ por parte da ANVISA é que a AH não é considerada cientificamente válida. Então, eram dois os motivos que me deixavam intrigado com relação ao uso dessa técnica por parte de minha parenta: o fato de retirar o sangue do

¹⁶ É importante lembrar que a proibição atribuída ao uso da AH é deferida aos profissionais de saúde.

indivíduo e reaplicá-lo logo em seguida; e o argumento utilizado de que não era “cientificamente comprovada”, o que levava a sua proibição enquanto prática médica.

Neste momento, as inquietações eram basicamente as seguintes: se a ANVISA não a considerava cientificamente válida, deveria haver um motivo, qual seria? Consequentemente, pensei que a tal proibição derivaria do fato de a AH representar sérios riscos à população. Dessas inquietações, resultou minha monografia de final de curso, intitulada *Reflexões sobre a Academia, seus “ritos e mitos”: uma visão a partir da Auto-Hemoterapia*, defendida em dezembro de 2009.

Em relação à AH, posso esclarecer que sua prática me pareceu um procedimento bizarro e minha reação se aproximou de uma atitude etnocêntrica. Assim como algumas pessoas reagem, julguei que aquela “técnica” parecia um comportamento “bárbaro”. Esse estranhamento se tornou mais evidente quando um dos meus familiares (na época estudante de ciências biológicas) discordou do fundamento científico apresentado pelo médico no DVD.

Tal como no contexto familiar, a AH desencadeia no âmbito da medicina um embate semelhante, com posições que vão desde a concordância tácita com esta prática e com os estudos já realizados sobre ela, tais como: TEIXEIRA, 1940; VERONESI, 1976; quanto àqueles que dela discordam, que baseiam sua argumentação, principalmente, no parecer produzido pelo CFM, emitido em 2007. Dessa forma, a complexidade que envolve o fenômeno se revela ainda mais interessante, na medida em que existem divergências nas posições marcadas por “defensores” e “contrários”, ou seja, os argumentos utilizados a favor e contra o uso da AH são apropriados de maneira diferente por “defensores” e “opositores”.

Na presente pesquisa, as inquietações que me movem estão relacionadas à controvérsia dentro da medicina, cujo principal argumento envolve o discurso sobre a natureza não científica da AH. Perguntas do tipo: qual argumentação, ou seja, que “discurso” é utilizado para concluir que AH não deve ser praticada? Quem emite o “julgamento” sobre a impossibilidade de a AH ser praticada? Quem são os agentes sociais responsáveis por emitir “ideias de verdade” sobre a AH?

Por tais questões, percebi que a maioria dessas indagações deveria encontrar os interlocutores adequados para dialogar sobre o tema: os profissionais da saúde são os atores sociais que realizam um debate em torno da AH. Sendo assim, decidi entrevistar os atores sociais que estariam diretamente envolvidos com essa prática. Dentre os informantes (todos ligados à área da biomedicina), há os que defendem a AH (aos quais denomino defensores), bem como quem não acredita em sua veracidade (aos quais designo como opositores). Dessa forma, o exame apurado, ainda na graduação, permitiu-me perceber que

o objeto de estudo em questão envolvia uma complexidade muito maior do que as minhas expectativas naquele momento da minha formação.

Da pesquisa de graduação, surgiu a hipótese de que haveria uma possível “disputa” entre a enfermagem e a medicina, tratava-se da divisão do trabalho no âmbito da área médica. Envolve, portanto, uma disputa por domínios de práticas, isso me levou a suspeitar que a questão da proibição poderia ser estudada pelo viés das controvérsias médicas, passando, porém, pela discussão da produção de conhecimentos e práticas legítimas. No entanto, durante o transcurso desta pesquisa (refiro-me à pesquisa realizada durante o curso de mestrado), muitos outros elementos despontaram, alguns já indicados na introdução e outros que serão levantados durante o presente trabalho.

Desse modo, as fontes principais desta pesquisa de mestrado são os discursos coletados através de entrevistas que foram tanto realizadas por mim como aquelas disponíveis em meio virtual (*internet*) e jornalístico, entre outros; documentos legais; reportagens televisivas, principalmente, o polêmico “vídeo-depoimento” (SARMENTO, 2004) figurado pelo médico Luiz Moura, o qual foi bastante explorado pela mídia televisiva quando o assunto gerava grande polêmica; e artigos e livros que tratam da AH. As transcrições das entrevistas e reportagens são, portanto, tratadas neste estudo como uma espécie de material etnográfico¹⁷. Os dados vão compor o que Foucault (2008a) chama de *corpus* discursivo:

Para que a linguagem possa ser tomada como objeto, decomposta em níveis distintos, descrita e analisada, é preciso que haja um “dato enunciativo” que será sempre determinado e não infinito: a análise de uma língua se efetua sempre a partir de um *corpus* de discursos e textos; a interpretação e a revelação das significações implícitas repousam sempre em um grupo delimitado de frases; a análise lógica de um sistema implica a reescrita, em uma linguagem formal, de um conjunto dado de proposições (FOUCAULT, 2008a, p.127)

Ou seja, os dados de campo a que me referi anteriormente são aqui vistos como *corpus* de discurso, um conjunto de “falas” (linguagem) sistematizadas – falas que objetivam transmitir um enunciado, a proibição da AH, mas também uma “fala” contra argumentativa que almeja questionar a alegação de anticientificidade relegada a esta terapêutica –, obtendo, assim, uma materialidade, uma objetividade que me possibilita tratá-las como material de pesquisa.

¹⁷ Para que fique bem claro, busquei bastante material de pesquisa, no entanto, são três as principais fontes a que recorrerei com frequência na presente pesquisa: o DVD já mencionado, o parecer do CFM e uma entrevista realizada com um médico pernambucano, datada de 2011. Não obstante, é muito importante ressaltar que recorrerei a entrevistas realizadas na época do curso de graduação, volto a analisá-las tentando rebuscar o olhar crítico.

Com as observações realizadas até o presente momento, e com o arcabouço teórico disponível, pude observar que os artefatos recolhidos durante a pesquisa de campo possibilitariam a composição de um quadro analítico. Tomando a noção de campo¹⁸ desenvolvida por Bourdieu (1989), tornam-se perceptíveis pelo menos três esferas sociais compondo a presente questão, a saber: política, economia e ciência, explico.

O ato proibitivo contra a AH é uma ação política, foi deferido por um ente público, daí a necessidade de se levar em consideração a esfera política. Entre as falas dos informantes, há certa recorrência em mencionar a indústria farmacêutica como influente nas questões médicas, seja para dizer que ela impede pesquisas relacionadas à AH, seja para defender que a indústria farmacêutica não impede pesquisas sobre a técnica, este é o caso de um médico-defensor da AH que diz que a indústria farmacêutica seria umas das primeiras a querer financiar pesquisas que comprovassem a eficácia da terapêutica, indicando, desse modo, haver uma influência da esfera econômica nas questões que envolvem a AH.

Mas, segundo o médico-defensor que alega não haver interferências externas no que diz respeito às atividades desempenhadas pela medicina;

Aí, eu acho que isso aí é o grande, é o grande, eu não acho que esse negócio, sabe, eu sou totalmente contra, que a indústria farmacêutica [em tom meio irônico], é [neste momento ela não explicitou, mas deu a entender que é contra a hipótese de que a indústria farmacêutica influenciaria o fato de a AH ser proibida], isso eu acho totalmente bobagem, sabe! A indústria farmacêutica ela sempre foi [não falou, mas fica explícito, “a favor”] para uma coisa que desse para ela lucro, é óbvio! E se esse negócio fosse bom, assim, fosse bom para dar lucro, ele dava, dava para ele [ou seja, o médico deixa a entender (...)] que se a AH fosse financeiramente lucrativa, a indústria farmacêutica financiaria pesquisas em torno da mesma a fim de legalizá-la]. Olhe, eles [a indústria farmacêutica] estudaram coisa muito mais grave que isso, que é o veneno da cascavel. Hoje a gente não morre de infarto graças ao veneno da cobra cascavel que, que eles viram que tem alguma coisa. Ora, todo mundo que chegava mordido de jararaca, chegava lá no hospital da gente sangrando por todo canto, uma coagulopatia triste. O que é isso? Então eu não acredito que existe um complô mundial, não! Eu acho que o que tem, eu não tenho a menor dúvida disso, não tem um complô mundial contra isso [a AH], não tem! O que falta é uma regulamentação! Tem gente que usa em tudo, certo! Tem gente que usa em, em acidente vascular cerebral, então é, é como se fosse assim uma panaceia para você curar todos os males! E não existe isso! [Depoimento de médico-defensor entrevistado em Recife].

18 Através deste conceito, Bourdieu pretendia transpor os problemas gerados por formulações teórico/metodológicas que reduziam os objetos de pesquisa à sua dimensão objetiva (formulações teóricas holistas, ex.: Durkheim, Marx, etc.) ou subjetiva (individualismo metodológico, ex.: Simmel, Weber, etc.).

Até o presente instante, abordei duas das esferas sociais que podem influenciar a questão aqui em análise, faltou a científica. Há duas maneiras que imagino que a esfera científica interfere sobre as questões aqui em desenvolvimento. A primeira é a divisão entre vertentes teóricas dos estudos da ciência, uma que defende haver uma interferência externa de demandas sociais sobre as atividades científicas e outra que defende ser a ciência totalmente independente de tais demandas. A outra forma de a esfera científica parecer influenciar na presente problemática é ao ser reivindicada pela biomedicina, ou seja, quando a biomedicina reclama para si o *status* de científica.

Consegui entrevistar profissionais (algumas destas entrevistas foram realizadas ainda no trabalho final da graduação) ligados à área da saúde (médicos, enfermeiros e um farmacêutico) 19. Basicamente, durante a graduação e o mestrado, entrevistei quatro médicos, duas enfermeiras e um estudante de mestrado em farmácia (levando em conta aqueles do trabalho monográfico) entre defensores e contrários à AH.

Os locais onde foram realizadas as entrevistas, tanto de contrários quanto de defensores, sempre foi no próprio ambiente de trabalho deles (consultórios, hospitais ou universidade), ao concordarem em conversar comigo, eles sempre sugeriam, através de suas secretárias (ou ainda eles próprios), que fossem realizadas entrevistas onde trabalhavam, o que me levou a pensar que desejavam, tanto uns quanto outros, salientar suas respectivas ligações com instituições, seja de pesquisa (universidade), seja da prática médica, a exemplo dos consultórios. Do ponto de vista sociológico, essas são informações bastante importantes, pois, ressaltam o destaque dado ao local de onde se fala.

Sobre o “local de onde se fala”, Foucault tem algumas inferências, no estudo que realizou sobre a constituição de discursos socialmente aceitos, a propósito dos dados enunciativos verdadeiros, ele se questiona:

Primeira questão: quem fala? Quem, no conjunto de todos os sujeitos falantes, tem boas razões para ter esta espécie de linguagem? Quem é seu titular? Quem recebe dela sua singularidade, seus encantos, e de quem, em troca, recebe, se não sua garantia, pelo menos a presunção de que é verdadeira? Qual é o *status* dos indivíduos que têm - e apenas eles - o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente definido ou espontaneamente aceito, de proferir semelhante discurso? (FOUCAULT, 2008b, p.56).

19 Com relação às entrevistas realizadas no trabalho de monografia, foram conduzidas de forma ainda mais sigilosa, uma vez que entrevistei pessoas ligadas a instituições como o Centro de Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) e professores e estudantes (ligados à área da saúde) da Universidade Federal do Ceará (UFC), estas foram realizadas no ano de 2009 e também são trazidas e utilizadas na presente pesquisa.

Foucault sugere que, de todo o corpo social, apenas alguns sujeitos são autorizados a proferirem discursos e, por consequência, discursos verdadeiros. E como naquele estudo o autor analisa o saber médico, é acrescentado:

O *status* do médico compreende critérios de competência e de saber; instituições, sistemas, normas pedagógicas; condições legais que dão direito - não sem antes lhe fixar limites - à prática e à experimentação do saber. Compreende, também, um sistema de diferenciação e de relações (divisão das atribuições, subordinação hierárquica, complementaridade funcional, demanda, transmissão e troca de informações) com outros indivíduos ou outros grupos que têm eles próprios seu *status* (com o poder político e seus representantes, com o Poder Judiciário, com diferentes corpos profissionais, com os grupos religiosos e, se for o caso, com os sacerdotes) (*Ibidem*, p.56-57).

Desse modo, ao profissional médico são outorgados, na modernidade, poderes sociais sobre os processos de saúde-doença, mas Foucault chama atenção para o fato de que o discurso médico, mesmo sendo proferido por um indivíduo detentor de poder, precisa de algo mais para ser “ouvido” e assimilado com toda a “sujeição” de que deve gozar. Este “algo mais” é o local de onde o discurso é pronunciado:

Esses lugares são, para nossa sociedade, o hospital, local de uma observação constante, codificada, sistemática, assegurada por pessoal médico diferenciado e hierarquizado, e que pode, assim, constituir um campo quantificável de frequências; a prática privada, que oferece um domínio de observações mais aleatórias, mais lacunares, muito mais numerosas, mas que permitem, às vezes, constatações de alcance cronológico mais amplo, com melhor conhecimento dos antecedentes e do meio; o laboratório, local autônomo, por muito tempo distinto do hospital, no qual se estabelecem certas verdades de ordem geral sobre o corpo humano, a vida, as doenças, as lesões, que fornece certos elementos de diagnóstico, certos sinais de evolução, certos critérios de cura, e que permite experimentações terapêuticas; finalmente, o que se poderia chamar a “biblioteca” ou o campo documentário, que compreende não somente os livros ou tratados, tradicionalmente reconhecidos como válidos, mas também o conjunto dos relatórios e observações publicadas e transmitidas, e ainda a massa das informações estatísticas (referentes ao meio social, ao clima, às epidemias, à taxa de mortalidade, à frequência das doenças, aos focos de contágio, às doenças profissionais) que podem ser fornecidas ao médico pelas administrações, por outros médicos, por sociólogos, por geógrafos (FOUCAULT, 2008b, p.58).

Assim, além de parecerem querer ressaltar suas ligações institucionais, os interlocutores entrevistados também transpareciam desejar manter certo distanciamento de mim, hipótese esta que está presa ao fato de eu não ter realizado mais de uma entrevista com cada um, ou seja, optei por uma metodologia que quase que naturalmente me afastava de meus interlocutores, mas isso deve ter ocorrido devido ao conteúdo da entrevista envolver uma técnica médica proibida entre o ambiente médico.

Desse modo, os interlocutores referidos mais acima possuíam as seguintes características: dos quatro médicos, três eram homens (um é clínico geral, outro é hematologista e o terceiro é médico cirurgião), havendo apenas uma médica, que era especialista em hematologia. Em relação às enfermeiras, informaram-me apenas serem enfermeiras, professoras da Universidade Federal do Ceará, mas não disseram se atuam além da docência. O aluno do Mestrado em farmácia não exercia ainda a profissão, sendo apenas estudante na época da entrevista.

Decidi por realizar entrevistas semiestruturadas por alguns motivos; primeiro, queria que os entrevistados enxergassem em mim alguém leigo no tema, ou seja, que não possuía nenhuma informação sobre o assunto; segundo, era intenção minha que com essa escolha minhas pressuposições e preconceitos fossem colocados em xeque e, por último, intencionava detectar, nas falas dos entrevistados, possíveis “pistas” a serem seguidas. Sendo assim, o roteiro das entrevistas era muitíssimo simples, começava sempre com perguntas “pessoais” (sobre alguns aspectos da vida particular), algo bem geral, a saber: qual seu nome? Que formação possui? Onde e em que trabalha? Perguntas que dizem respeito à identificação do informante.

Depois daquelas perguntas, que possuíam a difícil tarefa de “quebrar o gelo” entre mim e o entrevistado, aos poucos, começava a introduzir os questionamentos relevantes à pesquisa: o que é AH? Qual a ligação que ele (o entrevistado) possuía com a temática? Qual o posicionamento pessoal? Após esse segundo momento, quando eu já sabia qual o posicionamento pessoal em relação à temática, conduzia uma “conversa” mais aberta sobre o que eu estava pesquisando, às vezes, revelava que eu era praticante da terapia em questão (dependendo do contexto da conversa), fato que, nas vezes em que ocorreu, facilitou o diálogo, pois fazia com que o informante aos poucos se desarmasse em relação às minhas intenções com relação à pesquisa. Outras vezes expunha minhas hipóteses sobre a temática, o que nem sempre me ajudou, pois, por vezes, os interlocutores se mostravam reticentes com relação à minha posição. Sendo assim, as entrevistas, na maioria das vezes, abriam portas à pesquisa, principalmente documental, de coisas que os entrevistados expunham. As questões anteriormente expostas dizem respeito à pesquisa realizada no curso de mestrado.

Desse modo, procurei analisar as entrevistas segundo leituras que vinham sendo realizadas concomitantemente. Procurava “ver” no que me era dito nas falas de meus informantes, quais suas conceitualizações sobre o que é ciência? Qual a importância dada por eles à atividade científica? O que eles argumentavam para se posicionar contra ou a favor da técnica da AH?

1.2 – A Auto-Hemoterapia: um *actante* e suas derivações

Tendo sido expostas essas ideias iniciais, cabe dizer que aqui concebo a AH como um *actante*, uma vez que tal “técnica” (a AH) é uma forma de ligação entre vários agentes sociais, nos termos utilizados por Latour (1994). Dessa forma, pode ser considerada uma “construção social” (ou seja, estaria ligada à cultura), mas que se relaciona com a dimensão “biológica”, a busca da saúde, em última instância, uma intervenção sobre o corpo.

Segundo os desenvolvimentos teóricos de Latour (1994), *actante* é uma ferramenta teórico-metodológica que concebe a realidade a ser pesquisada, não como um ser passivo diante do pesquisador, mas como um objeto (ou quase objeto) que interage com o pesquisador, e esse movimento de “interação” proporciona tangenciar o binômio sujeito-objeto. Além disso, nesta pesquisa, entendo que a AH é um processo que proporciona a interação entre agentes sociais envolvidos em seu procedimento: praticantes, profissionais de saúde, legislação, instituições, etc.

Latour (1994) propõe novas maneiras de estudar as sociedades modernas, entre suas proposições, o autor afirma que o projeto da sociedade moderna para superar as formas sociais consideradas “arcaicas” seria, entre outras atitudes, separar os mundos natural e social, algo que era regra em modalidades de sociabilidades anteriores. Ou seja, os modernos ocidentais intencionavam forjar uma sociabilidade que avançasse no que diz respeito ao entendimento da realidade, separando-a em duas dimensões: social e natural. Mas Latour defende que o efeito dessa tentativa de separação teve uma implicação contrária:

Na página quatro do jornal, leio que as campanhas de medidas sobre a Antártica vão mal este ano: o buraco na camada de ozônio aumentou perigosamente. Lendo um pouco mais adiante, passo dos químicos que lidam com a alta atmosfera para os executivos da Atochem e Monsanto, que estão modificando suas linhas de produção para substituir os inocentes clorofluorcarbonetos, acusados de crime contra a ecossfera. Alguns parágrafos à frente, é a vez dos chefes de Estado dos grandes países industrializados se meterem com química, refrigeradores, aerossóis e gases inertes. (...) O mesmo artigo mistura, assim, reações químicas e reações políticas. (...) As páginas de Economia, Política, Ciência, Livros, Cultura, Religião e Generalidades dividem o *layout* como se nada acontecesse. (...) Aperte o mais inocente dos aerossóis e você será levado à Antártica, e de lá à universidade da Califórnia em Irvine, às linhas de montagem de Lyon, à química dos gases nobres, e daí talvez até a ONU, mas este fio será cortado em tantos segmentos quantas forem as disciplinas puras: não misturaremos o conhecimento, o interesse, a justiça, o poder. Não misturaremos o céu e a terra, o global e o local, o humano e o inumano (LATOUR, 1994, p.7-8).

Latour expõe que, na prática, não há separação entre o mundo natural e o social, como querem os modernos. E ainda mais, os híbridos, tão ferozmente combatidos pelos modernos, por representarem formas sociais “primitivas”, proliferam-se desordenadamente, como é exemplificado no trecho anterior. Para ficar mais clara a ideia que Latour possui sobre híbrido, vejamos:

Misturamos, sem o menor pudor, nossos desejos com as coisas, o sentido com o social, o coletivo com as narrativas. *A partir do momento em que seguimos de perto qualquer quase objeto*, este nos parece algumas vezes como coisa, outras como narrativa, outras ainda como laços sociais, sem nunca reduzir-se a um simples ente. Nossa bomba de ar [objeto criado por Boyle] traça a elasticidade do ar, mas traça também a sociedade do século XVIII e define, igualmente, um novo gênero literário, o da narrativa de experiências em laboratório (LATOUR, 1994. p.87-88).

Portanto, baseando-me nessas concepções sobre os híbridos (ou quase objetos) é que considero a prática da AH como um exemplo de realidade “natural-cultural”, tal como propõem Latour (1994), ou seja, ela é um *híbrido* de natureza e cultura. Ela pode ser considerada (se pensarmos de forma “moderna”), separadamente, uma técnica (reclamada por seus defensores como científica, e por seus opositores como prática charlatã), uma forma social de cura (se levarmos em conta o modo como é praticada, lembrando a descrição que fiz na introdução deste texto), pode ser considerada uma ação política (se considerarmos como ação política o fato de, mesmo sendo proibida pela ANVISA, haver profissionais que a utilizam), enfim, ela pode ser considerada de forma separada como pertencente a variadas esferas da sociedade.

Mas, seguindo as proposições de Latour (1994), que sugere que as pesquisas sociais não separem as dimensões natural e cultural em seus estudos, separação que, na realidade, é impossível de acontecer, enxergo a AH, enquanto prática terapêutica, como detentora dessa dupla dimensionalidade (ela, assim como outras técnicas de cura, é apenas uma maneira de agir sobre o corpo doente e/ou visando a prevenção do “corpo são”). A técnica AH produz uma interferência nos corpos dos “sujeitos” em tratamento, a interferência sobre o corpo possui a característica de ser um híbrido. Acompanhando as ideias e proposições de Latour, por exemplo, da ação de comer; sentir necessidade de comer (ou seja, sentir fome) é algo “natural”, a fome é “natural”, no entanto, a forma como satisfazemos esta necessidade é de ordem cultural, a fome possui, igualmente, uma dimensão cultural e natural, assim como a técnica aqui em questão. Dessa forma, penso que a AH pode ser considerada um híbrido, uma realidade natural-cultural.

O conceito de *actante* em Latour (1994) surge no contexto da Teoria do Ator-Rede e propõe que a agência seja desenvolvida, além dos indivíduos sociais, por não humanos. É

nessa perspectiva que enxergo nesta pesquisa a AH, a exemplo do que anteriormente expus, como um agente. Essa prática é o fio condutor que direciona a presente pesquisa.

A “teoria” Ator-Rede propõe que o pesquisador busque investigar o objeto de seu interesse seguindo e desvendando a “rede” a que ele pertence e é, ao mesmo tempo, formador (LATOUR, 1994). O uso do termo “rede” traz embutida a ideia de tecido, de conexões e ligações internas, essas ligações referem-se aos variados atores que compõem o cenário de pesquisa, sendo que o próprio objeto a ser pesquisado é um ator, que produz efeitos através de suas ações, em sua rede ou até mesmo, e sobretudo, na pesquisa e no pesquisador.

Assim, o *actante* aqui em questão, ainda como resultado dos estudos de campo que originaram meu trabalho monográfico, apontou-me para o fato de que existiria uma disputa entre duas áreas de atuação profissional dentro da área da saúde, a saber: medicina e enfermagem, fenômeno já apontado desde a graduação (COSTA, 2009).

Latour (1994) está dialogando com a sociologia do conhecimento, iniciada por Durkheim (1912; 1996), na qual é explorado o fato de que existem relações sociais e objetos humanos e não humanos (totens) que se correlacionam na construção do conhecimento. Por sua vez, Durkheim estava discutindo com outros estudiosos da religião e percebe que há algo para além da etnografia religiosa, seria a sociologia do conhecimento;

Mas nossa pesquisa não interessa apenas à ciência das religiões. Toda religião, com efeito, tem um lado pelo qual vai além dos círculos das ideias propriamente religiosas e, sendo assim, o estudo dos fenômenos religiosos fornece um meio de renovar problemas que até agora foram debatidos entre filósofos (DURKHEIM, 1996: XV).

Na obra *As formas elementares da vida religiosa* (1912; 1996), Durkheim estuda as religiões enquanto instituições sociais e desenvolve uma “solução” para um problema antiquíssimo relacionado à origem do conhecimento humano:

Para uns, as categorias só podem ser derivadas da experiência: elas lhe são logicamente anteriores e a condicionam. Elas são representadas por um mesmo número de dados simples, irreduzíveis, imanentes ao espírito humano em virtude de sua constituição nativa. É porque se diz que elas são *a priori*. Para outros, ao contrário, seriam construídas, feitas de peças e pedaços, e o indivíduo é que seria o operário dessa construção (DURKHEIM, 1996: XVI).

Assim como as religiões, vejo que as verdades biomédicas também são socialmente construídas (TESSER, 2007). Interessante perceber que Durkheim, a partir dos estudos sobre religião, elabora e sistematiza uma das primeiras teorias do conhecimento, como podemos perceber em Giddens:

... a religião se origina das exigências práticas da vida em sociedade. Os homens não inventaram primeiros os deuses para depois ligar essas ideias

à sua atividade social. A formulação cognitiva de ideias religiosas é uma expressão de pensamentos sociais preexistentes que lhes antecedem o aparecimento em reflexões conscientes (GIDDENS, 1981, p.59).

O que Durkheim propõe de novo à emergente sociologia do conhecimento àquela época é que as categorias elementares do entendimento humano, antes amplamente divulgadas como algo dicotomicamente, imanente ao ser humano, ou ao contrário, adquiridas de forma experimental, são, na verdade, construídas em sociedade, as representações sociais (religião, política, ideologia, etc.) de uma dada sociedade,

são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para criá-las, uma multidão de espíritos diversos associou, misturou, combinou suas ideias e seus sentimentos; longas séries de gerações nelas acumularam sua experiência e seu saber (DURKHEIM, 1996: XVII).

Desse modo, afirmando que as categorias elementares da vida são construídas socialmente ao longo do tempo e do espaço, o autor propõe uma solução para o impasse entre racionalismo e empirismo:

Assim renovada, a teoria do conhecimento parece destinada a reunir as vantagens contrárias das duas teorias rivais, sem seus inconvenientes. Ela conserva todos os princípios essenciais do apriorismo; mas, ao mesmo tempo, inspira-se nesse espírito de positividade ao qual o empirismo se esforça em satisfazer. Conserva o poder específico da razão, mas justifica-o, e sem sair do mundo observável (*ibidem*: XXVI).

Portanto, a contribuição principal de Durkheim para o desenvolvimento da presente pesquisa é a de esclarecer como entender a concepção, tão difundida (e por vezes sem saber o real significado) de que a realidade é socialmente construída.

1.3 – As categorias nativas

As entrevistas colhidas na pesquisa de mestrado (especificarei quando eu estiver me referindo às entrevistas aproveitadas da pesquisa de monografia, quando não houver especificações, estarei referindo-me às entrevistas realizadas durante a pesquisa de mestrado) ainda foram de vital importância por outro motivo, colocaram-me ante as principais categorias referentes à área da saúde as quais eu não conhecia nem dominava, a exemplo de: *casos isolados*, que, no contexto da entrevista, entendi como estudos realizados sobre alguma terapia ou técnica de cura; *normatização*; *prática*; *técnica*; *hemoterapia* e *hematologia*; *sistema imunológico*; *empirismo*. Aqui, faz-se necessária uma breve reflexão sobre as categorias chamadas “nativas”. Categorias como, por exemplo, ao

se referir a *casos isolados*²⁰, o informante (médico defensor) apontou-me que a categoria *casos isolados* significa que eram estudos cientificamente dirigidos a fim de dominar técnicas médicas de cura, ele referia-se ao uso da câmara hiperbárica, que em fins do século XX teve seu uso tido como ultrapassado, mas que, segundo o informante, voltava a ser usado em *casos isolados* na USP:

Mas foram visto o seguinte, que na, na câmara hiperbárica foram, e, foi visto o seguinte: que em ferimentos, infecções, melhoravam bastante. E começou a ser usada no mundo todo e começou a também ser usada o seguinte, gente que tava com o pé para ser amputado, aí botava na câmara hiperbárica, o que acontecia, o pé era amputado, mas melhorava a circulação e era amputado menos, o pé. Mas foi colocado como uma panaceia, caiu no descrédito. Hoje ninguém usa mais, a não ser a USP, que usa em casos isolados em que ela é excelente. Para casos, é, isolados, bem estudados, ela é uma terapia excelente, a câmara hiperbárica dentro da UTI. Infecções graves (leia-se, 'em infecções graves'), generalizadas. (Há aqui, outra interpelação minha, indagando-o sobre o uso da câmara hiperbárica em tratamentos que são direcionados, o que é confirmado pelo informante). Direcionados. Mas, como foi usado para tudo, a câmara hiperbárica, para tudo, teve um tempo, nos anos 70 e 80, já que a hiperbárica era usada para tudo, para tudo. Até em psiquiatria era usada a hiperbárica, né! Qual é a função dela? Ela caiu no descrédito [Depoimento de médico defensor entrevistado em Recife].

Essa ideia de *casos isolados* remete-se a outra, a de *normatização*, que seriam estudos já validados cientificamente e que compõem um *corpus* da prática médica. Vejamos o que um informante diz sobre a ideia de normatização a partir de uma pergunta que lhe fiz sobre o que ele sabia sobre a técnica conhecida como Plasma Rico em Plaquetas – PRP:

Existe alguma coisa dentro da AH que faz, que faz efeito. Se a plaqueta tá fazendo efeito anti-inflamatório, então o sangue também faz, porque há plaqueta dentro do sangue, certo? Agora o que falta ainda é essa, essa [percebo que aqui o médico não concluiu o raciocínio que inicialmente iria realizar, pois ele começa a frase de uma forma, torna-se repetitivo, e acaba por não terminar o que iria expor, pelo menos não o faz na forma como parece que iria falar e retorna adequando o linguajar médico a mim, que, segundo penso, aos olhos do médico, seria um leigo]. Porque tem uma coisa assim, porque em medicina você tem que, tudo que você fizer em medicina tem que ser replicável. E tem que ter uma dose. É, você faz 10ml para mim, que eu tenho 110kg e para você que tem 70kg, você faz por quantas semanas? 14 semanas? 10 semanas? Você acha; “não a gente segue as 14 semanas da, da acupuntura. Sim a acupuntura [o médico não chega a concluir o raciocínio, mas, pelo contexto da conversa, percebemos que deva ser algo crítico em relação à falta de estudos direcionados sobre a AH que permitam certezas quanto ao uso pontual da técnica]. Então, assim, não há um, um padrão de você dizer assim olhe vamos fazer assim [mais uma vez o médico não conclui o raciocínio e explica que há uma padronização, mas para a prática do PRP] a não ser o padrão que o pessoal tá fazendo, o PRP. Eles operam a cirurgia, quando termina a cirurgia, eles jogam o concentrado de plaquetas no sítio cirúrgico. Pronto, aí

²⁰ Resolvi indagar o significado da expressão após o informante ter utilizado algumas vezes esta terminologia e eu não haver entendido qual a ideia que o termo deveria passar.

já é um, já há uma normatização [Depoimento de médico-defensor entrevistado em Recife].

Nas entrevistas, quase sempre se falava em *Sistema Imunológico*, o que me levou a, primeiramente, ver nas falas de meus interlocutores o que seria; e, em segundo plano, pesquisar em fontes ligadas à área da saúde o que vinha a ser esta categoria. O entendimento, ainda que parcial, sobre o Sistema Imunológico, levou-me às próximas categorias, *hematologia* e *hemoterapia*, áreas médicas responsáveis pela sistematização de estudos relacionados ao sangue. Percebi que, neste ponto, era de vital importância voltar o olhar com um pouco mais de cuidado ao entendimento dessas duas áreas, uma vez que estão diretamente ligadas à proibição da prática da AH, algo que irei expor mais adiante.

Uma das categorias centrais, apreendida a partir da análise do material anteriormente citado, é a de *empirismo*, informação curiosamente a mim apresentada tanto por contrários quanto por defensores da AH, como podemos observar na fala de médico defensor:

Então é uma coisa, é um recurso que tem um número enorme de aplicações, e que tem uma explicação científica de como funciona. Não é algo a dizer que é misterioso, que é uma magia, ou uma panaceia qualquer, não! Se sabe como, foi comprovado, Jêsse Teixeira, realmente os trabalhos anteriores europeus, todos eram na base do empirismo, ninguém tinha comprovado como funcionava. Foi um brasileiro, Jêsse Teixeira que comprovou como funcionava, em 1940. Mas daí por diante, com a comprovação científica de como age o tratamento, era para esse tratamento ter sido divulgado e estar sendo usado... [Depoimento do Dr. Luiz Moura, em DVD].

A categoria empirismo, segundo seu uso por parte de meus informantes, tenta passar a ideia de que o conhecimento sobre a AH, inicialmente, foi desenvolvido a partir de sua prática, ou seja, antes de se teorizar sobre a AH, observava-se uma ampla utilização da mesma, uma espécie de “experimentalismo”. Seguindo o que era exposto nas falas de meus informantes, no passado, a AH foi bastante utilizada no período da 1ª Guerra Mundial. Apesar de esta categoria ser observada entre defensores e opositores da AH, há um componente diferenciador, os primeiros alegam que o conhecimento é baseado na prática (sendo a teoria derivação da vivência prática); em oposição ao que sustentam os opositores, que declaram que o conhecimento que se ancora na teoria, é considerado como sendo de importância superior.

Ao analisar o trecho anteriormente transcrito, observei que os relatos clínicos presentes no DVD (entre outros) que aqui já citei não possuem relevância alguma em se tratando do sistema científico, são apenas vistos como “*relatos dramáticos*”. Já os

defensores da AH usam a ideia de *empirismo* para ressaltar que apesar de ter seu berço na prática, há um desenrolar teórico, e mencionam estudos de dois brasileiros (Jesse Teixeira e Ricardo Veronesi) como sendo precursores teóricos sobre a técnica aqui em questão.

No sentido de que a AH é uma técnica, é interessante pensar o conceito sociológico de técnica e tecnologia – muito apropriado para pensar os procedimentos utilizados pelos praticantes. Nessa esteira, a partir de Brüseke (2002a), que dialoga com a filosofia, entendo a problemática em torno da definição de “técnica” da seguinte forma:

Questionamos a técnica quando questionamos o que ela é. Todos conhecem os dois enunciados que respondem à nossa questão. Um diz: técnica é um meio para fins. O outro diz: técnica é um fazer do homem. As duas determinações da técnica estão correlacionadas. Pois estabelecer fins e para isso arranjar e empregar os meios constitui um fazer humano. O aprontamento e o emprego de instrumentos, aparelhos e máquinas, o que é propriamente aprontado e empregado por elas e as necessidades e os fins a que servem, tudo isso pertence ao ser da técnica. O todo destas instalações é a técnica. Ela mesma é uma instalação; expressa em latim, um *instrumentum*. A concepção corrente de técnica, segundo a qual ela é um meio e um fazer humano, pode, por isso, ser chamada de determinação instrumental e antropológica da técnica (HEIDEGGER, 1953, p.375)21.

Sendo assim, os estudos sociais da ciência assimilam definições “filosóficas” e concebem que a técnica pode ser entendida como o “modo” utilizado para satisfazer necessidades humanas e tecnologia:

como saberes que derivaram de técnicas utilizadas pelos seres humanos para sua sobrevivência frente a fenômenos da natureza. A tecnologia tanto produziu teorias científicas que a explicam e sustentam – ciência pura – quanto deriva da ciência pura que produz conhecimentos aplicáveis – ciência aplicada, e da qual se desdobram técnicas para resolver problemas práticos (LORENZETTI *et al.*, 2012, p.433).

No entanto, quando se trata de práticas de saúde, entram em jogo outras complexidades que envolvem a discussão sobre as relações sociais em torno da divisão do trabalho entre os que fazem e os que idealizam; uma divisão imposta pelo sistema capitalista de produção – que atribui ao objeto intelectual (idealizador de técnicas de trabalho ou tarefas) maior valor dos que aqueles que realizam a tarefa.

Para a ANVISA, a AH é classificada como “procedimento”, vejamos: “*A prática do procedimento denominado Auto-Hemoterapia*” (ANVISA, 2007). Ou seja, essa agência vê como uma espécie de “maneira de agir”, como um modo de realizar algo. Entre a definição do médico Luiz Moura e a da ANVISA, existe uma diferença significativa: enquanto o médico a classifica como uma “**técnica**”, aquela agência a enxerga como um “**procedimento**”. Pode

21 Uma definição usada entre as ciências sociais sobre o conceito de técnica é a seguinte: “uma técnica deve ser normalmente a aplicação de uma ciência. Esta é a ideia positivista fundamental: saber para agir” (CANGUILHEM, 2000).

parecer não haver diferença entre as duas definições, no entanto, um olhar mais atento mostra que a palavra “procedimento” passa a ideia do exercício de alguma atividade, de “uma maneira de agir” que não obedece a nenhum parâmetro. Enquanto o uso do termo “técnica”, como mostra Brüseke (2002), traduz a mesma ideia da palavra anterior, “uma maneira de agir”. Não obstante, ainda segundo Brüseke (2002), a ideia de técnica ressalta que as atividades a serem realizadas necessitam ser organizadas em um conjunto metódico de ações. Sendo assim, a diferença entre as definições camufla uma abordagem e legitimidade diferentes atribuídas à AH. Assim, enquanto uma seria uma ação não regulamentada, a outra investiria numa ação regular.

A complexidade dessas observações ainda pode ser vista sob outra ótica, as discussões sobre *saber/poder* desenvolvidas por Foucault (2008), em que ele amplia a questão sobre a disputa social que possui como objeto o poder, particularmente aquele aplicado sobre os corpos dos indivíduos, em última instância, sobre o corpo social, algo que pretendo desenvolver em outras seções da presente pesquisa.

1.4 – AH: o campo da biomedicina

A AH, enquanto *actante*, “age” em um meio bastante intrincado, pois é perpassada por variadas esferas sociais, a saber: política, economia e ciência, estas entendidas como componentes de um *campo* (da medicina), conceito bourdieusiano. Tomando o conceito de Bourdieu (2004^a, p.119), o qual diz que campo é “um espaço – o que eu chamaria de campo – no interior do qual há uma luta pela imposição de uma definição do jogo e dos trunfos necessários para dominar nesse jogo”, é nas disputas internas ao campo da medicina que mais se averigua a discussão entre os defensores e opositores, como duas posições que se enfrentam quando se trata da AH. O conceito de campo surge aqui para se referir ao domínio científico especificamente, Bourdieu diz que:

... enquanto **sistema de relações objetivas** entre **posições adquiridas** (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma **luta concorrencial**. O que está em jogo especificamente nessa luta é o **monopólio da autoridade científica** definida, de maneira inseparável, como **capacidade técnica e poder social**; ou, se quisermos, o **monopólio da competência científica**, compreendida enquanto capacidade de o campo científico, capacidade de falar e de **agir legitimamente** (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é **socialmente outorgada** a um agente determinado [grifo meu] (ORTIZ, 1983, p.122-123).

Essas categorias analíticas se aplicam ao fenômeno aqui estudado, visto que a medicina pode ser compreendida como um campo, no qual persiste um sistema de relações objetivas (seja entre profissional e usuário, seja entre profissionais), nas quais se luta pelo monopólio da ação socialmente outorgada, para isso, pode-se lembrar da Lei em Aprovação

no Congresso Nacional do Ato Médico. Desse modo, categorias analíticas como: autoridade, competência, posições, sistema de relações, legitimidade passam a compor nosso modelo de compreensão das controvérsias médicas em torno da AH.

Assim, vejo que o conceito de *campo* nos remete a uma noção de espaço social (não necessariamente do ponto de vista físico e/ou geográfico) determinado, que comportaria diversos grupos sociais (os mais diferentes entre si, em termos econômicos, políticos, culturais, etc.) que se relacionam (disputam pelo poder) entre si. A biomedicina, segundo Camargo Jr. (2005), é um campo bastante complexo, e é definida da seguinte maneira:

A Biomedicina vincula-se a um "imaginário científico" correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus "mecanismos" originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais "peças" (CAMARGO JR., 2005, p.178).

Dessa forma, a medicina enquanto atividade que se caracteriza por buscar intervir no corpo humano (FOUCAULT, 2008), ainda que ao longo do tempo tenha sofrido variações em relação aos processos de como se dá essa intervenção, se sobre a doença, se sobre a prevenção de doenças, etc., hoje em dia tenta legitimar suas práticas arrogando para si um *status* de ciência, não apenas de prática fundamentada nos desenvolvimentos teórico-metodológicos da ciência. A disputa pelo saber/poder científico obedece a regras específicas, aliás, essas regras são criadas a fim de “organizar” a mencionada disputa. Nesse sentido, cria-se um arcabouço teórico/prático/conceitual que se baseia no modelo científico mecanicista, como esclarece Camargo Jr. (2005) para servir de mecanismo de legitimação das práticas médicas.

O conceito *racionalidade médica* de que faço uso foi cunhado por Madel Therezinha Luz (TESSER; LUZ, 2008), a partir do desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa intitulado: *Racionalidades Médicas*. A autora é pesquisadora das problemáticas sociais que possuem suas bases nos processos de adoecimento/cura, desenvolve o que poderíamos denominar de sociologia da saúde. Esse grupo de pesquisa apoiou-se em vários desenvolvimentos teóricos para elaborar o conceito *racionalidades médicas*, entre os autores mais importantes estão Max Weber e Ludwik Fleck. De Weber o grupo adotou a concepção dos tipos de racionalidade e o próprio conceito de racionalidade; já de Ludwik Fleck foi a concepção epistemológica sobre os processos de conhecimento em saúde que se aderiu.

Neste tópico, explanarei um pouco sobre a contribuição de Ludwik Fleck no que diz respeito ao conceito aqui em questão, e encontra-se no capítulo terceiro uma discussão

mais aprofundada sobre as racionalidades médicas, pois a percebi como central na problemática por mim estudada, uma vez que tanto defensores da AH quanto opositores recorrem a ela (racionalidade) para se posicionar a favor ou contra à cientificidade da técnica. De Ludwik Fleck o grupo aderiu aos conceitos de “estilo de pensamento” e “coletivo de pensamento”; os desenvolvimentos de Fleck podem ser inseridos em teorizações relativas a teorias do conhecimento, pois ele investigou como se dava os processos de construção de conhecimentos em saúde, e como nos fala Tesser e Luz (2008):

Um estilo de pensamento constitui-se em uma instância ao mesmo tempo cognitiva, psicológica e sociológica a orientar e restringir o pensamento e as percepções, as práticas e as teorias, as indagações e as respostas dos membros de um coletivo que o compartilham (TESSER; LUZ, 2008, p.196).

Esse conceito de *estilo de pensamento* encontra semelhança a conceitos da teoria do conhecimento de Thomas Kuhn (2007), segundo Tesser e Luz (2008), no que diz respeito à estrutura da produção e revoluções científicas. Kuhn (2007) defende que a atividade científica é marcada por períodos cíclicos bem definidos, denominados: ciência normal, revolução paradigmática (ou revolução científica) e crise paradigmática. Os três períodos a que se refere Kuhn (2007) baseiam-se na concepção de paradigma, que, segundo a definição do próprio autor:

Considero “paradigmas” as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência (KUHN, 2007, p.13).

Assim, Kuhn, que também leu os trabalhos de Fleck e se apoiou em alguns de seus desenvolvimentos teóricos²², afirma que o conjunto de ideias que pretendem explicar a realidade, elaboradas e defendidas por vários indivíduos (cientistas), denomina-se paradigma ou, na visão de Fleck, estilo de pensamento, e é definido pelas variadas formas e ferramentas de produção de entendimento da realidade:

Segundo Fleck, os estilos de pensamento estruturam-se em círculos concêntricos quanto à especialização: os especialistas esotéricos são os centros de produção, inovação e desenvolvimento de saber (os cientistas “de ponta” para a biomedicina). Eles são referência para a periferia dos círculos esotéricos (círculos intermediários, médicos clínicos), que servem de referência e prestam serviços para os círculos exotéricos, que são os leigos, pacientes dos serviços de saúde, usuários dessa medicina. O saber sofre transformações nas duas vias entre os extratos sociocognitivos mencionados, que participam ativa e distintamente na sua produção, havendo uma interinfluência mútua entre os saberes esotéricos e exotéricos. Essa diferenciação será útil para a discussão de integralidade, nosso tema central (TESSER; LUZ, 2008, p.197).

²² Para saber mais sobre a influência de Fleck sobre os desenvolvimentos epistemológicos de Kuhn, ler introdução de Kuhn (2007).

Desse modo, tem-se que o modelo epistemológico adotado pelo grupo Racionalidades Médicas realiza uma síntese teórica dos desenvolvimentos de Fleck no que diz respeito ao modo de produção de conhecimentos na área da saúde. Por tanto, o conceito *racionalidade médica* traduz a ideia de um modo de agir aplicado às atividades curativas. Mas abordo com maior profundidade a “gênese” do conceito *racionalidade médica* em um capítulo dedicado exclusivamente a esta questão, pois o objetivo dessa curta explanação a esse respeito possui a finalidade de situar o leitor nas questões conceituais. Voltando às problemáticas sobre a biomedicina, apesar de reclamar para si o *status* de ciência, apenas algumas de suas áreas são, ainda que não unanimemente, consideradas próximas de ser reconhecidas enquanto ciência, são elas:

As chamadas "disciplinas básicas" do ponto de vista da Biomedicina, como a Fisiologia, a Fisiopatologia e a Bioquímica, e possivelmente a Genética, aquelas que, dentro do campo médico, são as mais diretamente relacionadas ao método experimental, têm alguns conceitos genéricos fundamentais no desenho dessa racionalidade (CAMARGO JR., 2005, p.183).

Esses conceitos a que se refere Camargo Jr. estão relacionados ao modelo de ciência reconhecidamente cartesiano/mecanicista²³, os quais não os citarei por fugir ao escopo da presente pesquisa. Assim, como anteriormente exposto, por vezes, quando precisam legitimar alguma produção, os médicos recorrem a esse cabedal conceitual científico a fim de, quase que por “cópia” do modelo científico, respaldarem suas produções.

Ao pensar sobre as práticas médicas, o que logo veio à minha mente foi o fato de associá-la à ciência, ao modo científico de produzir e validar conhecimento, nessa perspectiva, a medicina seria uma entre outras ciências. Essa visão exclui a dimensão que se refere à prática médica propriamente dita. É como se viesse à minha mente apenas a imagem de um indivíduo em laboratório pesquisando a melhor forma de tratar uma ou outra doença, imagem esta que é compartilhada no senso comum (ALMEIDA, 2011). Ela deixa de lado a dimensão de um profissional que se encontra não em um laboratório, mas antes desenvolvendo seu ofício em um consultório. No entanto, depois de muito pensar sobre essa questão, percebi que, na verdade, analisar este campo, a saber, a área médica, envolve uma complexidade muito maior. Sendo assim,

a racionalidade científica se caracteriza basicamente por ser um modo de produção de verdades mutáveis, a partir da aplicação de um método alçado à categoria de *doxa*, por sua imutabilidade, e que pressupõe a formulação de enunciados lógicos, preferencialmente em linguagem matemática. Esse

²³ Esta é uma discussão epistemológica que não convém aprofundar, no entanto, diz respeito à origem e afirmação da metodologia das ciências clássicas, desenvolvida inicialmente por Descartes, Hume, entre outros filósofos da ciência.

método e seus enunciados pretendem elucidar os mecanismos mais recônditos e as "leis naturais" que regem o Universo, do micro ao macrocosmo (CAMARGO JR., 1992, p.6).

A partir dessa discussão, entendo que a medicina não pode ser vista sob uma ótica reducionista, ela nem é apenas uma prática, um modo de intervenção sobre o corpo, nem possui apenas uma dimensão teórico/científica. O *campo* biomédico é intricado exatamente por confluir, pelo menos, duas imagens ao médico: a de um profissional prático prescrevendo receitas em seu consultório, e uma outra, a de um pesquisador desenvolvendo estudos médicos.

Apesar de na contemporaneidade essa visão ser um pouco dificultada devido ao fato de cada vez mais a biomedicina se especializar, por tanto, “confinando” profissionais ou em consultórios ou laboratórios, a imagem que tenho é a de um profissional que testa, ou seja, que realiza experiências e produz hipóteses que obedecem a critérios da racionalidade científica, acredito que a biomedicina possui essa dupla caracterização.

Como desdobramento de tudo que foi discutido até o presente momento, entendo que a medicina reivindica um caráter científico na medida em que esse modo de produzir conhecimento fortalece o seu reconhecimento social e orienta as práticas de seus adeptos (os variados profissionais que atuam nesse campo). Por isso, o que está em jogo nessa reivindicação é uma maneira de agir socialmente que tenha respaldo de uma esfera social reconhecida legitimamente – a ciência.

CAPÍTULO II

AH: O FENÔMENO

No presente capítulo, pretendo apresentar a AH em sua complexidade, a partir da observação da proibição (imputada aos profissionais da saúde pela ANVISA) imposta à prática da AH baseada em uma aparente “falta de cientificidade” alegada por parte de Órgãos Públicos de saúde, bem como por médicos que julgam não científica a AH.

2.1 – O que é AH?

Os informantes atribuem ao médico Ravaut²⁴ os primeiros registros escritos referentes ao tratamento de sujeitos com a AH. Mesmo tendo realizado um enorme esforço de pesquisa, não consegui encontrar, em fontes primárias, algum documento que constate a supracitada informação sobre esse primeiro registro. Essa informação foi recolhida do DVD figurado pelo médico Luiz Moura. Segundo o médico, trata-se de:

(...) técnicas iniciais ainda empíricas, em mil novecentos e, começou em 1912 foi o professor Ravaut, francês, que começou lá. Ele usava em doses crescentes de 1 (um) centímetro cúbico (cc) , 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco), até 10 (dez), ia crescendo em cada dose. Depois o Jêsse Teixeira já, já não fazia assim, ele dava logo uma dose única e como ele interessava uma dose é, quer dizer, para evitar infecção pós-operatória, então ele dava logo 10 (dez) ml de uma vez e 5 (cinco) dias depois fazia outras 10 (dez) ml, que era como eu comecei aplicando por ordem de meu pai, quando operava os pacientes era exatamente assim (Depoimento do Dr. Luiz Moura, em DVD).

Imagino que o Sr. Luiz Moura tenha tido dificuldade no que diz respeito a encontrar referências teóricas que respaldassem o uso de tal técnica, pelo menos no início de sua prática clínica, pois na continuação de seu depoimento no DVD ele relata que tratou de um paciente (que também era médico) e este o presenteou com trabalhos sobre a AH:

Ah! Foi daí que começou, em 76, entre os meses de maio e setembro de 76 que eu fiz essas aplicações no Dr. Floramante Garófalo, e curou. Daí, quando ele, ele, como compensação, ele resolveu me dar um presente, e me deu dois trabalhos: um do professor Jêsse Teixeira e o outro de Ricardo Veronesi. Trabalhos que têm, há um intervalo entre os dois trabalhos de 36 anos, um de 1940 e outro de 1976. Mas a impressão é que um foi feito para o outro, para combinar, um com o outro. Por quê? Porque enquanto o trabalho do Dr. Jêsse Teixeira se limitava à ação da Auto-Hemoterapia em evitar infecções pós-operatórias, neste aqui, o do professor Ricardo Veronesi, que é professor da Universidade de Santos, neste, a imunologia

²⁴ Médico francês citado pelo médico Luiz Moura, no DVD que hora se analisa como sendo o precursor na prática da AH. Essa informação também pode ser encontrada na carta petição enviada ao presidente Luiz Inácio da Silva em 2007 (CAMPANHA NACIONAL EM DEFESA DA AUTO-HEMOTERAPIA, 2007).

já tinha avançado muito mais e tinha se descoberto que o Sistema Retículo Endotelial (SRE) tem muitas outras funções além da de combater as bactérias, muito mais do que isso (Depoimento do Dr. Luiz Moura, em DVD).

Desse modo, o depoimento do médico anteriormente transcrito leva-me a pensar que apenas após algum tempo clinicando é que o Sr. Luiz Moura entrou em contato com trabalhos que tentaram explicar, cientificamente, o funcionamento da AH. No entanto, como fica claro na fala, ele fazia uso da terapia mesmo antes de saber da existência de pesquisas que “explicassem” o seu mecanismo de ação.

Bem como o Sr. Luiz Moura, meu primeiro contato com artigos científicos sobre a AH se deu a partir dos textos dos autores por ele citado. Sendo assim, o exame realizado neste tópico ficará restrito à prática da AH no Brasil, no período que vai desse primeiro documento até os dias atuais a respeito da presente questão, a saber: o trabalho do Dr. Jêsse Teixeira, *Auto-hemotransusão: complicações pulmonares pós-operatório*, realizado em 1940, que é uma referência, Ricardo Veronesi (1976): *Imunoterapia: O impacto médico do século*, bem como os recentes trabalhos de Telma Geovanini e Manoel Mozart Corrêa Norberto (2009), *Tratamento da Esclerodermia, doença autoimune através da Auto-Hemoterapia: um estudo de caso clínico*.

Segundo o depoimento do médico Luiz Moura no DVD aqui em análise (SARMENTO, 2004), surgida na França entre o final da primeira e início da segunda década do século XX, a AH hoje é praticada visando curar doenças autoimunes. “A AH é um procedimento usado como terapia no tratamento de algumas doenças, como asma, cistos de ovário e mioma, púrpura trombocitopênica, etc., atuando sobre o sistema imunológico”, essa é uma das falas do senhor Luiz Moura no DVD anteriormente mencionado. Nesses termos médicos, essa parcela do grupo defensor advoga que o principal efeito da AH é o fortalecimento do Sistema Imunológico e a cura das doenças autoimunes²⁵.

O trabalho do médico Jêsse Teixeira é bastante interessante, é um estudo dirigido a complicações pulmonares, vejamos alguns trechos:

Com o intuito de contribuir para o estudo das complicações pulmonares pós-operatórias, principalmente no que se refere à sua profilaxia, apresentamos aqui o relato de nossas conclusões, baseadas em 150 casos, dos quais cerca de 60% observados no hospital de pronto-socorro. (TEIXEIRA, 1940) 26.

²⁵ Segundo o discurso médico, pode-se dizer que o ser humano possui em seu sistema imunológico dois “tipos de imunidade”: a inata e a adquirida. A defesa inicial deflagrada contra organismos que invadem nosso corpo é denominada imunidade inata. Todo ser humano nasce com este instrumento de defesa, conforme Silva (2006, p.26).

²⁶ Por eu ter encontrado apenas a versão digital do presente artigo citado, não foi possível observar paginação no mesmo.

O referido pesquisador atribui a grande incidência de pneumonia a diversos fatores, não me deterei a expô-los, no entanto, vale ressaltar um destes, que seria o fato de naquela época a anestesia usada em procedimentos cirúrgicos utilizar o éter, o que facilitava o surgimento da problemática a partir da fragilização dos pulmões. Mas não é isso que chama atenção, e sim a explicação do uso da técnica no tratamento dessa enfermidade:

Para a profilaxia destas complicações, há, contudo, um recurso, que, segundo as observações do seu autor e as nossas próprias, ao que parece únicas em nosso meio, é da mais alta valia, podendo ser vantajosamente empregado, quer na cirurgia de urgência, quer nos casos em que o doente pode ser preparado. Trata-se da Auto-Hemotransfusão de 20 cc logo após a operação; estando o doente ainda na mesa de operação, retiram-se 20 cc de sangue de uma veia da prega do cotovelo, que são imediatamente injetados na nádega. (...) Foi-nos sugerida a atenção para o assunto em fins de 1937, pelo jovem e brilhante docente Dr. Sylvio D Ávila, que chefiava a décima segunda enfermaria da Santa Casa, de que éramos internos, sendo as primeiras 60 observações ali colhidas. A sugestão do nosso chefe de então se prendeu a um artigo publicado no "The American Journal of Surgery" (May, 1936 - pag.321), intitulado "Autohemotransfusion in Preventing Postoperative Lung Complications" e assinado por Michael W. Mettenleiter (cirurgião do Pós-Graduate Hospital, de Nova York), (*Ibidem*).

É interessante constatar que o autor do artigo em análise, igualmente ao médico Luiz Moura, aprendeu a técnica com outro profissional médico que, por sua vez, tomou conhecimento do procedimento através de um artigo publicado nos EUA.

Prosseguindo, o médico Jêsse Teixeira realiza uma explanação da base teórica que orienta o procedimento denominado Auto-Hemotransfusão, o qual é justificado pelo trabalho do médico norte-americano:

Mettenleiter, considerando os excelentes resultados do processo, como método curativo das pneumonias pós-operatórias declaradas, onde foi aconselhado por Vorschutz, resolveu empregá-lo, como profilático, em 300 casos de sua clínica particular e não teve uma só complicação pulmonar, a não ser pequena área trombótica em um pulmão, cinco dias após a operação (*Ibidem*).

O artigo do médico Jêsse Teixeira possui certa clareza, utiliza linguagem, em certa medida, didática, e encaminha conclusões fáceis de serem visualizadas até por leigos. Vejamos:

Antigamente, o emprego da Auto-Hemotransfusão se submetia às influências fecundas, **mas anticientíficas do empirismo**. Hoje, porém, temos uma explicação razoavelmente clara e perfeitamente aceitável de sua ação. Quando o sangue empregado fora de sua situação normal, no aparelho circulatório, ele se torna uma substância completamente diferente para o organismo. O sangue extraído por punção venosa é um sangue asfíxico que, por curto lapso, se põe em contato com um corpo estranho (seringa), o que é suficiente para provocar modificações na sua físico-química e, por isso, injetado no organismo, atua como se fora uma proteína estranha. De todos é conhecido o efeito estimulante das proteínas parentais

sobre o sistema simpático e o parassimpático, pelo que ocorrem reações vasomotoras e teciduais em todo o organismo (*Ibidem*).

Realizei grifo em negrito com o intuito de ressaltar um ponto que será discutido em instantes, o fato de haver uma distinção entre conhecimentos baseados em empiria (experiência, prática, clínica, etc.) e conhecimento teórico (baseados em pesquisas que utilizam os mais variados critérios de validação). Nesse trecho é possível constatar que, mesmo sendo um defensor da AH, desqualifica o fato de os primeiros conhecimentos sobre a técnica terem sido desenvolvidos a partir da prática médica, ou seja, do empirismo característico da atividade clínica.

Mas, continuando as conclusões a que a pesquisa chegou, o médico prossegue: “O sistema retículo-endotelial de Aschoff-Landau também é poderosamente estimulado pela Auto-Hemotransfusão” (*Ibidem*) e ainda argumenta que há várias experiências, que não irei citar aqui, comprovando a eficácia do procedimento.

No encerramento da conclusão de seu artigo, Teixeira expõe:

Finalmente, estamos inclinados a aceitar a eficácia da Auto-Hemotransfusão nas complicações da tuberculose, visto como ela parece remediar a fase de inferioridade ou alergia, que a intervenção cirúrgica desperta nos tuberculosos. A propósito da desprezível quantidade de sangue, que se acumula na ferida operatória, sugeriu-se que a observação deste sangue poderia tornar uma adicional autotransfusão desnecessária. São de Mettenletter as seguintes palavras: "as alterações físico-químicas, na totalidade do sangue e do soro, são tão delicadas e ocorrem tão rapidamente, que nenhuma comparação pode ser feita entre o sangue retirado de uma veia e reinjetando intramuscularmente e o sangue acumulado numa ferida para ser absorvida; estes dois processos são inteiramente diferentes". O sangue tem sobre os outros agentes proteico-terápicos, além das vantagens de comodidade e economia, a de que a sua absorção se faz mais prontamente. Para terminar, em vista dos nossos excelentes resultados, que confirmam amplamente as verificações de Mettenletter, podemos fazer nossas as suas palavras: "as complicações pulmonares podem surgir, com qualquer espécie ou método de anestesia, mas a ausência de acometimentos pulmonares, em nossa série, prova que a Auto-Hemotransfusão e não o tipo de anestesia, responde pelos bons resultados" (*Ibidem*).

Por mais de uma vez, Jêsse Teixeira se refere aos estudos do autor norte-americano citado em seu artigo e explica como o sangue funciona e age no processo de cura das enfermidades por ele elencadas.

Já na pesquisa do médico Ricardo Veronesi (1976), que os defensores da AH argumentam ser corroborante com as observações do médico J. Teixeira, não consegui realizar qualquer conexão argumentativa, uma vez que a limitação de minha não formação em medicina impossibilita-me de alcançar uma comparação do ponto de vista da linguagem própria da área. Mesmo assim, não considere como se existisse uma “corroboração” entre

as duas pesquisas, pois o médico Ricardo Veronesi parece realizar em seu estudo uma explanação sobre o funcionamento do Sistema Imunológico humano, mas não cita a Auto-Hemotransfusão na mencionada pesquisa (sinônimo de AH) como técnica médica que possa potencializar o sistema imunológico humano.

Existem pesquisadores que realizaram estudos sobre a AH mais recentemente, a exemplo de Geovanini e Norberto (2009). Os autores escrevem o seguinte:

Os efeitos benéficos da Auto-Hemoterapia são atribuídos aos antígenos presentes no sangue, que estimulam a produção de anticorpos quando o sangue é injetado no músculo ou no tecido subcutâneo. (...) É importante frisar que a Auto-Hemoterapia oferece os mesmos riscos de qualquer outro procedimento em que o cliente se submete a punções venosas e injeções intramusculares, quais sejam: lesões de nervos e vasos, necrose tecidual, hematomas e flebites (GEOVANINI; NORBERTO, 2009, p.53).

A partir dessas pesquisas, antigas e recentes, constata-se que estudos referentes ao procedimento denominado AH existem, e até dialogam entre si, pois, nesse trabalho de Geovanini e Norberto (2009), os autores realizam citações extensas de pesquisadores das mais diversificadas áreas do conhecimento biomédico. Mas estes não são os únicos estudos sobre a AH, no próprio parecer do CFM, há indicações de pesquisas a esse respeito, mas são consideradas não relevantes pelo parecerista.

Para os adeptos, a AH atua sobre o sistema imunológico adquirido, segundo eles, ao ser depositado na seringa, o sangue perde parte de suas propriedades naturais e, ao ser devolvido ao corpo, na aplicação intramuscular, não é reconhecido pelos anticorpos como parte integrante do próprio corpo e desencadeia um “ataque” ao sangue presente no músculo, entendido como elemento invasor, bem como intensificando a produção de macrófago, entidade responsável por destruir partículas invasoras.

Como já dito, a técnica da AH trata-se da retirada do “sangue autólogo” e sua imediata aplicação no músculo. No entanto, dois aspectos são significativos: a imediata aplicação – o sangue não passa por nenhum procedimento fora do corpo humano; e não exige nenhuma tecnologia, são suficientes uma seringa e sua técnica de aplicação. Essas características, aparentemente simples, à minha vista, são as grandes precursoras de toda esta polêmica.

Voltando à explicação sobre a AH, o senhor Luiz Moura afirma ainda:

É um método de **custo baixíssimo**, basta uma seringa, pode ser feito em qualquer lugar porque não depende nem de geladeira, de nada, simplesmente porque o sangue é tirado no momento em que é aplicado no paciente, **não há trabalho nenhum com esse sangue, não há nenhuma técnica a ser aplicada nesse sangue**, apenas uma **pessoa que saiba pegar uma veia e saiba dar uma injeção no músculo e uma seringa, para fazer a retirada do sangue e aplicação no músculo, mais nada**. E

resulta num estímulo imunológico poderosíssimo (Depoimento do Dr. Luiz Moura, em DVD, grifo meu).

Esse trecho da fala do médico Luiz Moura possui uma grande importância, pois aponta os elementos significativos para o entendimento do que é a AH. Segundo ele, “não há nenhuma técnica” empregada à AH, bastando apenas que exista uma “pessoa que saiba pegar uma veia”. Esse posicionamento contradiz o argumento anterior de que não há nenhuma técnica, uma vez que punccionar uma veia já é, em certa medida, uma técnica médica. Mas, acima de tudo, “uma pessoa que saiba” significa que não precisa ser um “técnico” em enfermagem, mas também não pode ser qualquer indivíduo, há a necessidade de ser alguém que **saiba** punccionar uma veia.

Aqui está o grande elemento, pois não estabelece a autoridade do profissional de saúde que deve realizar a tarefa, no entanto, estabelece uma legitimidade de quem faz (que tem que possuir o *saber*). O posicionamento desta ramificação de defensores vai contra o ato médico, vai contra a autoridade médica, uma vez que ignora a necessidade de haver um diagnóstico (preceito reservado aos médicos), e vejo esse fato como uma espécie de “questionamento” à autoridade médica. Esse ponto merece mais atenção. Como esse questionamento à autoridade médica se dá? Ora, a partir do momento em que se diz ***“apenas uma pessoa que saiba pegar uma veia e saiba dar uma injeção no músculo e uma seringa, para fazer a retirada do sangue e aplicação no músculo, mais nada”***, deixa-se de lado a tarefa exclusiva do profissional de saúde formado em medicina, de diagnóstico, só um médico tem o poder de dizer qual a doença que acomete cada indivíduo.

Há contradições presentes no discurso do interlocutor. Em princípio, a afirmativa parece se dirigir à autoridade médica, no entanto, numa leitura mais atenta, pode-se compreender que a indicação médica da AH não está em jogo – ela deve ser autorizada por médico – como ele próprio – o interlocutor. O deslocamento está no questionamento de quem deve realizar o procedimento, como já dito. Nesse sentido, o ator põe em debate a legitimidade do profissional de saúde autorizado para realização do procedimento: a enfermagem e seus agentes.

A partir do momento em que existe uma “técnica” que dispensa o diagnóstico médico, é o caso da AH, pois é indicada principalmente para potencializar o sistema imunológico, torna-se irrelevante a figura de uma autoridade para receitar o tratamento. Esse ponto remete a uma discussão importantíssima possibilitada pelos estudos de Foucault sobre saber/poder, o que será realizado em capítulos posteriores, dedicado a problemáticas em torno do conhecimento. Não estou afirmando neste espaço que os defensores da AH estão, conscientemente, questionando a ordem médica vigente, até porque, em uma de suas falas (na entrevista), o profissional ressalta de forma veemente (ao

falar da importância de se prosseguir com os tratamentos convencionais) a relevância de se estar sempre observando o que os médicos especialistas dizem a respeito dos tratamentos convencionais.

Tomando o início do discurso do médico Sr. Luiz Moura, que diz: “É um método de **custo baixíssimo**, basta uma seringa”, penso que toda uma esfera transversal à biomedicina surge na narrativa. Trata-se das questões relativas à esfera econômica, já que a medicina se articula, no Brasil, a uma dimensão liberal de produção e consumo de insumos e serviços médicos e, no caso da AH, a produção de insumos não existe, ou é muito irrisória.

É a partir desse elemento – “baixo custo da AH” – que fui levado a considerar a possibilidade muito razoável de a esfera econômica ser um componente influente na celeuma aqui em debate. Imaginemos que existem setores industriais que estão consolidados há algum tempo no “mercado da saúde”, seja financiando a produção de medicamento, seja patrocinando novas pesquisas a fim de desenvolver tratamentos inovadores que dependam de tecnologia de ponta, etc.; o fato é que a indústria de fármacos e insumos voltados para o tratamento e cura de doenças existe, e é possível que essa mesma indústria viesse a sofrer alguma espécie de abalo na atual estrutura econômica, caso a AH chegasse a ser reconhecida e liberada como forma de tratamento cientificamente verdadeiro. Não tanto pela questão do mercado, mas pelo que simbolicamente representa o uso do próprio sangue sem maiores procedimentos que “encareçam” sua utilização – algo parecido com outras práticas de saúde, como a homeopatia (embora hoje já se tem todo um mercado de produtos) e a acupuntura, entre outras medicinas consideradas paralelas que questionam a forma “tradicional” (científica) de realizar curas, já que não são consideradas como científicas.

Além desses elementos, é importante destacar a dimensão econômica do fenômeno em análise, sendo vital esclarecer que este não é o caráter mais importante na presente análise, é apenas uma, entre variadas possibilidades interpretativas, como bem explica Weber (1982) ao defender que os objetos de conhecimento das ciências sociais são os fenômenos socioeconômicos, apontando três “níveis”, ou “tipos”, de fenômenos econômicos: os eventos “estritamente” econômicos; os economicamente relevantes; e os economicamente condicionados. Na verdade, ele faz uma crítica ao “materialismo histórico” por reduzir a vida cultural à sua dimensão econômica:

Atualmente, a chamada “concepção materialista da História”, segundo, por exemplo, o *antigo* sentido genial-primitivo do *Manifesto Comunista*, talvez apenas subsista nas mentes de leigos ou diletantes. Entre esses, com efeito, encontra-se ainda muito difundido o singular fenômeno de que a sua necessidade de explicação causal de um fenômeno histórico não fica

satisfeita, enquanto não se demonstre (mesmo que só na aparência) a intervenção de causas econômicas. Feito isso, eles passam a contentar-se com as hipóteses mais frágeis e as formulações mais genéricas, pois já se deu satisfação à sua necessidade dogmática segundo a qual as “forças” econômicas são as únicas causas “autênticas”, “verdadeiras” e “sempre determinantes em última instância” (...) Em *nenhum* domínio dos fenômenos culturais pode a redução *unicamente* a causas econômicas ser exaustiva, mesmo no caso dos fenômenos “econômicos” (WEBER, 1982, p.84).

É perceptível, no caso do fenômeno aqui em questão, a importância da dimensão econômica da determinação do problema. A simples utilização de agulhas e seringas, no que concerne ao tratamento médico a partir da AH, faz dessa técnica algo sem quase nenhum custo econômico, pelo menos inicialmente, uma vez que o mercado farmacêutico poderia adaptar-se a uma nova demanda e produzir uma reconfiguração nos planos tecnológico e monetário, e a AH passar a ter outra importância, quem sabe vir a ser um tratamento muito caro, por exemplo.

Desse modo, vejo que a polêmica envolvendo a AH é um fenômeno cultural que é economicamente influenciada²⁷, em termos weberianos:

A influência indireta das relações sociais, instituições e agrupamentos humanos, submetidos à pressão de interesse “materiais”, estende-se (muitas vezes de modo inconsciente) por todos os domínios da cultura, sem exceção mesmo dos mais dedicados matizes do sentimento estético e religioso. Tanto os acontecimentos da vida cotidiana como os fenômenos “históricos” de alta política, tanto os fenômenos coletivos ou de massa como as ações “individuais” dos estadistas ou as realizações literárias e artísticas, sofrem a sua influência: são economicamente condicionados. Por outro lado, o conjunto de todos os fenômenos e condições de existência de uma cultura historicamente dada influi sobre a configuração das necessidades materiais, sobre o modo de satisfazê-las, sobre a formação dos grupos de interesses materiais e sobre a natureza dos seus meios de poder, por essa via, sobre a natureza do curso do “desenvolvimento econômico”, tornando-se assim “economicamente relevantes” (WEBER, 1982, p.81).

Weber não está alegando que o materialismo histórico teorizou incorretamente sobre o fenômeno cultural, apenas lança uma dura crítica no que diz respeito à limitação analítica que toma apenas a determinação econômica na explicação dos problemas sociais. O autor está defendendo que não apenas a infraestrutura causa determinação sobre as “superestruturas”, mas está igualmente “defendendo” um movimento contrário, a saber, o das “superestruturas” (subjetividades, ou seja, as formas culturais) influenciarem o modo de existência da “infraestrutura” (agrupamentos de indivíduos, ou “instituições”).

²⁷ Apesar de o material de campo apenas ter me mostrado a fala do médico defensor da AH que não acredita que a indústria farmacêutica intervenha na interdição da AH, acredito que há sim, de alguma forma (que precisaria de estudos específicos), influência econômica no fator proibitivo atribuído à técnica aqui em estudo.

Não é o caso de aqui adentrar com maior profundidade no que diz respeito ao estudo da influência que a indústria farmacêutica possui no sistema de saúde, quis apenas demonstrar uma possibilidade evidenciada e apreendida durante as pesquisas, para tanto, a observação do discurso anteriormente transcrito do médico Luiz Moura, expondo a não necessidade de mais que uma seringa e agulhas para o tratamento de doenças através da AH. Esse mesmo argumento foi observado no comentário do médico entrevistado por mim em Recife, no ano de 2011. Ele salientou o fato de **não** acreditar que a AH não é legitimada, do ponto de vista biomédico, devido à pressão da indústria farmacêutica, pois, segundo a análise dele, bastaria a indústria farmacêutica “forjar” um valor (subjetivo e/ou material) para, concomitantemente, produzir um efeito de supervalorização econômica de tal técnica.

Assim, os médicos contrários à AH estariam defendendo a legitimidade da profissão, ou seja, o direito, socialmente instituído, de diagnosticar e direcionar o sujeito ao “tratamento verdadeiro”, àquele tratamento que passou pelo crivo da racionalidade científica. Os médicos ligados ao CFM estariam realizando, nada mais nada menos, que a defesa de seu campo de atuação, um privilégio social conseguido através da autoridade científica.

Finalizando este tópico, tentarei, à luz dos escritos de (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989), realizar uma rápida classificação da AH, enquanto uma prática médica marginal (nas palavras daqueles autores, paralela) em termos teóricos. Laplantine e Rabeyron (1989) desenvolveram um quadro classificatório composto por quatro eixos conceituais bipolares, são eles os seguintes:

1. sua legitimidade social: legais ou ilegais?
2. sua dimensão tradicional: medicinas antigas ou modernas?
3. sua constituição em *corpus* teórico: medicinas populares ou eruditas?
4. sua “funcionalidade” medicinal: diagnósticas e/ou terapêuticas? (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989. p.14).

Faz-se necessário que eu realize uma rápida explanação sobre como funcionam essa categorização. De forma breve, o primeiro eixo diz respeito à forma como o corpo social legitima as práticas de cura, os autores defendem que existem, basicamente, duas formas de legitimidade social, a científica e a religiosa, mas chamam atenção para uma crescente supervalorização que a legitimidade científica vem adquirindo nas sociedades modernas:

A lei autoriza tanto a prática do médico acupuntor ou homeopata quanto a do padre exorcista ou simplesmente confessor. Evidentemente, o extraordinário avanço da ciência e da técnica no curso dos últimos decênios tende a privilegiar, atualmente, a legitimidade médica em detrimento da legitimidade religiosa (*Ibidem*).

Ou seja, uma tentativa de sanar uma doença, seja com fármacos ou com uma terapia específica, pode ser legitimada pela dimensão religiosa ou científica, sendo que atualmente recorre-se com maior frequência a esta última.

Outro eixo classificatório é com relação à dimensão tradicional, se antiga ou moderna. Nesse sentido, essa ferramenta é bastante complexa, pois coloca em evidência a necessidade de considerar a relatividade entre as práticas, a exemplo da acupuntura, que é considerada antiga para o povo oriental, no entanto, moderna para o ocidente. O eixo relacionado ao *corpus* teórico chega a ser menos complexo que seu antecessor, ao colocar como binômio examinar se a prática é popular ou erudita.

No que diz respeito ao *corpus* teórico, é importante frisar o fato de que: “Trata-se, sem dúvida, de uma divisão mais satisfatória. Entre a prática empírica e exata do curandeiro especializado (em verrugas e entorses, por exemplo) e a erudita referência ao taoísmo do acupuntor existem pouquíssimas relações” (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p.15).

Por último, o eixo bipolar que diz respeito à funcionalidade médica da prática paralela:

Sendo “funcional”, essa classificação diz pouco em termos antropológicos, tendo, portanto, principalmente um interesse taxionômico. Permite, porém, colocar-se em um mesmo quadro o conjunto das medicinas paralelas, agrupando-se em três principais categorias:

- diagnósticas,
- terapêuticas,
- diagnósticas e terapêuticas (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p.17).

Agora, tendo explanado rapidamente sobre o quadro classificatório de Laplantine e Rabeyron (1989), tentarei classificar a AH. Começando pelo eixo da legitimidade social, é evidente que a AH é reivindicada, por seus defensores, como legítima, mas do ponto de vista científico. Para tanto, basta ser observado, a partir do depoimento do Dr. Luiz Moura, por exemplo, a referência a *trabalhos científicos* (trabalhos estes que são apontados como não científicos pelos opositores, figurados na declaração do relator do CFM) como corroborantes de uma veracidade científica.

Do ponto de vista da dimensão tradicional, fica difícil caracterizá-la, pois, segundo seus defensores, a AH é praticada (de forma documentada) desde o início do século XX, tendo, portanto, mais de um século de existência. Segundo essa ótica, a AH seria uma prática tradicional, no entanto, se levarmos em consideração que ela utiliza alguns poucos inventos tecnológicos (a exemplo das agulhas e seringas), fica complicado compará-la a tratamentos tradicionais que não utilizam nenhuma tecnologia. Mesmo sendo difícil classificar a AH nesse polo, acredito ser viável considerá-la uma técnica moderna, tendo em

vista não apenas o uso de alguns materiais com pouca tecnologia moderna, como agulhas e seringas.

Com relação ao *corpus* teórico, facilmente a AH pode ser categorizada como prática erudita. Isso se deve ao fato de utilizar conhecimentos organizados da doutrina biomédica, como o conhecimento do funcionamento do sistema imunológico, que posteriormente é usado como justificativa na explicação do mecanismo de funcionamento da técnica.

Por fim, no que diz respeito à funcionalidade médica, acredito que a AH possa ser classificada como prática terapêutica, uma vez que visa a tratar, como anteriormente mencionado, principalmente as doenças autoimunes. Mas nesse ponto faço uma observação, acredito que seria útil acrescentar, às três formas de funcionalidade médica, uma que remeteria à prevenção, haja vista que a técnica aqui em questão também é defendida como terapia preventiva, é só observar o discurso do médico Sr. Luiz Moura:

Não há limite de uso, de tempo. Pode se usar uma vida inteira. Eu mando meus pacientes fazerem assim: faz uma série de 10 aplicações, depois descansa um mês. Alguns casos que nem precisa, é só como prevenção, descansa dois, três meses, seria, vamos dizer, para usar de forma permanente, agora, com intervalos dependendo é, os intervalos do, da finalidade com que está sendo aplicada a Auto-Hemoterapia. Se for apenas preventivo, pode fazer intervalos grandes. Se for visando um problema ou uma doença que já houve e que tenha que ser mantida sob controle, aí faz-se intervalos menores. Faz-se 10 (dez) aplicações, 30 (trinta) dias de intervalo, tudo. Quando chega muitos pacientes, eu começo com 10 (dez) ml na fase aguda da doença, depois eu reduzo para 5 (cinco) por semana, porque não precisa mais (Depoimento do Dr. Luiz Moura, em DVD).

Assim, por conta de a técnica da AH vislumbrar a potencialização do sistema imunológico e conseqüentemente admitir uma dimensão preventiva do adoecimento, acredito ser importante acrescentar ao mecanismo classificatório, precisamente do eixo bipolar da funcionalidade médica, a dimensão preventiva.

2.2 – Os estudos realizados pela Sociologia/Antropologia da Saúde

No intuito de demarcar, com exatidão, quais domínios teóricos foram os vanguardistas responsáveis por, no contexto exterior ao Brasil, problematizarem a saúde coletiva do ponto de vista científico, se cientistas sociais (sociólogos, antropólogos, etc.) ou se os próprios profissionais da área médica²⁸, é que (HERZLICH, 2005) expõe o seguinte:

²⁸ Candeias (1971) corrobora Herzlich (2005) e sugere que foi o médico um dos primeiros a apontar a importância de estudos humanos na área de saúde: “É curioso observar que se deve a um médico,

Foram os médicos os primeiros a se interessarem por essa questão: eles enunciaram um discurso sobre o social antes da constituição das ciências sociais. A partir do final do século XVIII, na França, Cabanis sustenta o projeto de uma ciência do homem que vai da psicologia à moral. No século XIX, os higienistas, como Villermé, fazem investigações que prefiguram os trabalhos da sociologia empírica. Eles estudam os elos entre a pobreza, em particular aquela que é engendrada pela industrialização e a urbanização, e a saúde. Eles também reivindicam um papel político para a medicina. Em 1829, o primeiro número da revista *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (*Anais de higiene pública e de medicina legal*) proclama: "A medicina não tem unicamente por objeto estudar e curar as doenças; ela tem relações estreitas com a organização social. Por vezes ela ajuda o legislador na elaboração das leis; amiúde ela esclarece o magistrado no tocante à sua aplicação" (HERZLICH, 2005, p.194).

Como mostra Herzlich (2005), foi na medicina que primeiramente se colocou a questão da dimensão humana e social da vida e dos processos de saúde-doença, pois as ciências sociais ainda não eram uma disciplina, tampouco tomariam estes processos como objeto de suas investigações. Aqui no Brasil, segundo Witter (2005) e Nunes (1992), são os cientistas sociais, principalmente antropólogos, que iniciam pesquisas sistemáticas, os domínios das curas como objeto de pesquisa. Witter lembra que ainda

Na primeira metade do século XX, vários estudiosos, que se dedicaram ao estudo do folclore brasileiro, começaram a se interessar em coletar informações e compreender as raízes culturais em que se baseavam as práticas de cura populares. É o caso de trabalhos como os de Câmara Cascudo, provavelmente o mais influente destes autores, ou Oswaldo Cabral, que se centraram no recolhimento de curiosidades acerca do folclore popular da cura e da doença, ou ainda de Alceu Maynard de Araújo, cuja influência, recebida da antropologia norte-americana, fez com que buscasse compreender a lógica de pensamento de curandeiros e seus clientes em uma região distante dos grandes centros do país (WITTER, 2005, p.15).

O estudo dessa historiadora é de importância ímpar para compreendermos o que pensavam os primeiros pesquisadores que teorizaram sobre a problemática em torno da saúde pública nacional:

Até bem pouco tempo, curandeiros, boticários, cirurgiões-barbeiros e parteiras apareciam em grande parte dos textos que se dedicavam à história da medicina no Brasil como categorias difusas e quase sempre marginais. A maior parte dos escritos sobre o assunto contentou-se em repetir o discurso médico relativo à sua ação como atividades marcadas pela ignorância, pela superstição e pela ineficácia. As práticas populares de curar acabaram aparecendo, assim, em boa parte da historiografia, como pertencentes a um conjunto de atitudes "pré-rationais" e ilógicas, fruto de uma mistura de culturas (visto de forma pejorativa) e do "abandono" em que viveram as povoações brasileiras, especialmente durante o período colonial. Tais práticas ter-se-iam originado, para a maior parte dos autores que comentaram o tema, principalmente, da "falta" de médicos. Este fato teria

MCINTIRE, o primeiro trabalho chamando a atenção para as potencialidades da Sociologia Médica, trabalho este apresentado em 1894" (CANDEIAS, 1971, p.118).

feito com que estas fossem admitidas pelas autoridades, por certo tempo, como um “mal necessário” à sobrevivência da população. Entretanto, a permissividade e o pouco controle com que o curandeirismo foi tratado nos primeiros séculos da história brasileira teriam acarretado, nos alvares da medicina científica no país, uma árdua luta dos doutores contra o que se dizia ser “o arraigado atraso” do povo brasileiro (*Ibidem*, p.14).

A historiografia de inícios do século XX acreditava que a difusão de práticas de cura não biomédicas, ou seja, não científicas, era amparada pelo Estado brasileiro devido ao fato de a estrutura da medicina científica nacional ser ainda bastante incipiente até fins do século XIX. Os historiadores, que na década de 1990 começam a desenvolver um projeto de “confeção” da história da medicina no Brasil, lançaram as seguintes teorias sobre a questão:

Em primeiro, a ideia de que, ao longo dos três primeiros séculos da história do Brasil, apenas uma tênue fronteira distanciava o saber médico oficial dos saberes populares. Em segundo, existência de conflitos não apenas entre a medicina e suas concorrentes populares, mas entre os próprios médicos acadêmicos e as teorias explicativas da doença e das terapias que utilizavam, daí o uso do termo “medicinas”. Em terceiro, a ideia de que medicina e magia permaneceram associadas para uma boa parte da população brasileira, influenciando as escolhas terapêuticas e a busca de curadores – médicos ou curandeiros – até meados do século XX (WITTER, 2005, p.17).

Assim, apesar de existir, desde meados do Segundo Império, a medicina científica no país, a biomedicina ainda não havia conquistado prestígio e legitimidade social, eram os curandeiros e feiticeiros os sujeitos procurados para tratar as enfermidades da população (SAMPAIO, 2001), como fica claro nos trabalhos historiográficos:

Por que os médicos eram tão desacreditados, principalmente por membros das camadas mais pobres e iletradas da sociedade? Podemos alegar que havia poucos médicos, principalmente nas localidades mais distantes da Corte, e os poucos que existiam cobravam caro para atender seus pacientes. Mas só isso não explica a desconfiança em relação aos doutores, pois vimos, aqui, que até mesmo pessoas que tinham boas condições financeiras muitas vezes evitavam os médicos existentes (...) Podemos pensar, então, que a crença na medicina científica não era ainda algo consolidado, esmo no final do Império. E que a própria medicina científica ainda era rudimentar, iniciante; naquele período, ainda dava seus primeiros passos, muitas vezes não se diferenciando das suas concorrentes. Em contrapartida, a crença em práticas mais antigas como o curandeirismo era bem mais arraigada em diversos setores sociais (SAMPAIO, 2001, p.149-150).

Desse modo, Sampaio (2001) mostra que havia disputas entre médicos e curandeiros (até mesmo entre os próprios médicos entre si) por uma clientela de indivíduos acometidos por doenças as mais variadas. As disputas entre os próprios médicos, enunciada por Sampaio (2001), evidenciam o fato de que, até o fim do Segundo Império à primeira República, no Brasil, a medicina vivenciava uma situação não consensual no que

diz respeito aos “seus fazeres”: “importantes disputas entre os médicos eram travadas ainda no final da década de 1880, as quais revelavam mais do que divergências pessoais ou brigas por pacientes” (SAMPAIO, 2001, p.144). Ou seja, não havia homogeneidade entre os médicos científicos daquela época.

Até aqui utilizei os estudos historiográficos de inícios da década de 1990 (que abordam diferentes períodos históricos em suas pesquisas) para traçar um panorama geral sobre a situação dos estudos em se tratando da saúde no Brasil. As pesquisas historiográficas são importantes, pois servem de base para que cientistas sociais compreendam as questões relativas à saúde a partir da segunda metade do século XX.

Segundo Nunes (1992), “de um modo geral, o movimento de incorporação das ciências sociais em saúde ocorre dentro dos processos gerais que se dão a partir do término da 2ª Guerra Mundial”. Este autor expõe que as mudanças sociais desenvolvidas por aquele conflito afetam todas as esferas da vida social, inclusive a saúde. Ele destaca ainda o fato de que a importância desempenhada pelos EUA naquele período também se fez refletir no campo das ciências sociais, bem como o interesse dessa área pelos problemas gerados nele (período pós-guerra), incluindo as problemáticas referentes à saúde.

Para Nunes, esse interesse das Ciências Sociais em relação à saúde é desenvolvido, em primeiro plano, na inserção de disciplinas dos cursos dessa área do conhecimento na medicina. O autor destaca que,

Para muitos estudiosos, o impulso dado ao campo esteve bastante relacionado ao estudo dos fatores socioculturais na etiologia das doenças mentais pelo fato de ter-se constatado alta prevalência de desordens psiquiátricas durante a seleção da população masculina para o serviço militar, como também pelo aparecimento de sintomas psiquiátricos nos processos de reabilitação do pós-guerra. Como se sabe, as condições geradas no pós-guerra foram fundamentais para as transformações ocorridas na América Latina, e que iriam se refletir principalmente naqueles problemas associados à industrialização, à migração do campo para a cidade e à expansão do sistema educativo (NUNES, 1992, p.61).

O período pós-guerra é caracterizado por ser um celeiro de problemas políticos sociais; nos EUA, os soldados e seus traumas psicológicos adquiridos em batalha; no Brasil, a luta por se enquadrar aos padrões internacionais de sociabilidade, que foram os grandes vetores dessas problemáticas. Nos contratos assinados entre Brasil e EUA, ainda “observa-se que a prática médica é concebida pela potência hegemônica como fator de aumento de produtividade das classes trabalhadoras dos países dependentes” (*Ibidem*, p.61).

É entre um cenário político e social de efervescência que:

Na década de 60, com a criação de uma grande quantidade de escolas médicas, a inovação é não somente a departamentalização em seu sentido mais amplo, mas a introdução dos departamentos de medicina preventiva e social. De um modo geral, surgem no interior desses departamentos quatro grandes áreas: Estatística, Epidemiologia e Saneamento, Organização e Administração Sanitária e Ciências Sociais. Nesse cenário é que aparecem os primeiros cientistas sociais; autodidatas em questões de saúde ensaiam os passos iniciais de uma atividade compartilhada com médicos, enfermeiras e assistentes sociais. Este contato enseja formas de atividades multiprofissionais através de trabalhos práticos, especialmente aqueles voltados para a comunidade, ponto crucial na proposta preventivista dos anos 60 (NUNES, 1992, p.62).

O autor salienta que nesse período os cientistas sociais não eram meramente formuladores de metodologias de pesquisa no intuito de diagnosticar a sociedade, pelo contrário, eles eram incentivados a inserirem-se no processo de produção de conhecimentos na “medicina preventiva e social” em parceria com os médicos e estudantes de medicina e ainda com os assistentes sociais realizando visitas domiciliares;

O material coletado nessas visitas e que incorporava tanto um conhecimento dos aspectos médicos, como sociais, culturais e psicológicos dos componentes da família, pretendia ser uma aproximação interdisciplinar e conduzia a um diagnóstico “bio-psico-social”. Além disso, pretendia estender o conhecimento à comunidade como um todo e às suas instituições. Além de ser um projeto pedagógico, visava também que a comunidade iniciasse um processo de participação no encaminhamento dos seus problemas e tentativa de solução (NUNES, 1992, p.63).

Candeias (1971) desenvolveu, após um período de vivência na Inglaterra, um trabalho que avalia o surgimento da sociologia médica naquele país, bem como expõe os principais desenvolvimentos teóricos desta área. Escreve Candeias (1971):

Kendal e Merton, por sua vez, apresentam uma divisão no campo de trabalho da Sociologia Médica, divisão esta que agrupa os assuntos à volta de quatro áreas: etiologia social, ecologia da doença, componentes sociais na terapia e na reabilitação, medicina como instituição social e sociologia da educação médica. Esta divisão teve bastante sucesso, sendo utilizada frequentemente nos trabalhos que procuram aperfeiçoar a sistematização da disciplina com o objetivo de facilitar a elaboração de programas de ensino ou a identificação de problemas para pesquisa. De fato, tem sido esta uma das mais citadas contribuições (CANDEIAS, 1971, p.119).

Os estudos sociológicos, orientados segundo essa matriz de pensamento, voltaram-se para questões tais quais: verificar os fatores sociais na doença e na saúde, bem como os fatores que influenciavam a organização da assistência médica. A sociologia foi introduzida na área médica, inicialmente para dar suporte à formação dos profissionais da área, mas, posteriormente, tomou-a como objeto de pesquisa. Assim:

As mais recentes discussões levam à disposição de formar, por um lado, médicos com conhecimentos sociológicos e, por outro, sociólogos com conhecimentos médicos, a fim de que, graças a um quadro de referência conceitual integrado, possam resolver juntos, uns complementando outros,

problemas de patologia individual e social. A Sociologia Médica responde a esta reivindicação (CANDEIAS, 1971, p.111).

Essas foram as formas iniciais que os pioneiros nas Ciências Sociais encontraram para se inserir no novo campo de conhecimento social. Mas como denominar essa nova área de pesquisa? Nunes (1992) responderá da seguinte forma:

Seguramente, a questão da denominação torna-se, sob certos aspectos, secundária, na medida que o fundamental está no equacionamento da proposta que visa não somente compreender a dimensão social das práticas de saúde, mas também como o processo saúde-doença é, em essência, um processo social. De outro lado, a maior ênfase nos aspectos sociológicos, antropológicos, políticos ou econômicos está relacionada não somente à formação do pesquisador, como principalmente ao tema e aos objetivos da investigação. Uma simples leitura dos objetivos de alguns cursos de pós-graduação corroboram a afirmação acima. Por exemplo, são citados como objetivos do Mestrado em Saúde Coletiva/UERJ: "...desenvolver instrumentos de reflexão sobre a medicina como prática social, analisando a gênese e desenvolvimento do saber e das práticas de saúde, bem como das dimensões técnicas, econômicas e político-ideológicas"; do Mestrado em Saúde Comunitária/UFBA: "... compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos" (NUNES, 1992, p.75).

O autor, no trecho anteriormente transcrito, chama atenção para o fato de que a formação dos profissionais que atuam nesta área influencia diretamente o andamento de estudos que têm o processo de saúde-doença como objetos de pesquisa. Ainda afeta a forma dos estudos, a inclinação do instituto, algo que está ligado com a formação dos pesquisadores. Assim, se o pesquisador for formado pelas ciências humanas/sociais, a pesquisa teria "uma cara", caso o pesquisador seja da área das ciências da saúde, teria outra. Acredito que dessa configuração é que nasce a diferenciação entre sociologia/antropologia da saúde e os departamentos de saúde coletiva (ou medicina social).

2.3 – Os estudos realizados pela Medicina Social: uma visão epistemológica?

As pesquisas sobre o conhecimento biomédico não são nem tão inovadoras que eu imagine estar "descobrimo a pólvora", nem muito antigas a ponto de poder achar que é algo já muito bem consolidado. No entanto, intenciono colaborar com a discussão sobre sociologia e saúde, colocando para dialogar o que acredito serem duas possibilidades interpretativas distintas, a que desenvolvi no ponto anterior, a saber, as pesquisas desenvolvidas pela sociologia da saúde, e as pesquisas desenvolvidas por autores ligados à área de conhecimento denominada Medicina Social, algo que tentarei desenvolver nos próximos pontos.

Este campo de estudos, relativamente novo, parece ser consequência dos primeiros esforços de entendimento da saúde enquanto questão a ser pesquisada, esforços estes que, como expus anteriormente, foram iniciados por médicos e sociólogos que tomaram a medicina por seu mais inovador objeto de pesquisa. Ao que parece, a medicina, ao entrar em contato com disciplinas humanas, sofreu mudanças, e sugere ter dado origem à medicina social, vejamos:

É verdade que disciplinas como a demografia, a geografia humana e a história contribuíram em muito para o nascimento de outras do campo da saúde, como a epidemiologia social e a medicina do trabalho, e foram úteis as narrativas de naturalistas e escritores para a clínica e a medicina social, dos séculos XVII ao XIX. Mas disciplinas como a sociologia e a antropologia, assim como a filosofia, vieram a se ocupar das questões da vida, da saúde e do adoecimento apenas no século XX, e mais especificamente após a Segunda Guerra mundial (...) com escolas de pensamento, como a funcionalista americana, que começa a tematizar as instituições médicas, vistas como "sistema social", como o hospital, a analisar os papéis sociais do médico e do paciente na consulta, etc. (LUZ, 2011, p.25).

Desse modo, vejo que, mesmo que tardio, o interesse das ciências humanas e da própria filosofia por problematizar temas relacionados à saúde fez com que ideias e teorias dessas áreas específicas do conhecimento se correlacionassem com o conhecimento médico, gerando ganhos teóricos e práticos dos dois lados. Acredito que um dos mais frutíferos resultados desse encontro foi o surgimento de grupos de pesquisadores, engajados na biomedicina, que se interessaram por aplicar os conhecimentos adquiridos no contato com as ciências humanas, na produção de conhecimento médico.

Daí, os próprios “médicos sociais” produziram estudos que tomavam sua própria prática como objeto de estudo, atividade que resultou, a meu ver, na produção de um conhecimento autoreflexivo, onde foi deduzida a epistemologia adotada pela medicina. De certo, além da medicina, outras áreas do conhecimento elaboraram teorias sobre a forma como se constrói o conhecimento médico, mas creio que uma “autoavaliação”, realizada a partir de esquemas teóricos externos ao seu modo de pensar, é bem rica e válida. Portanto, acredito que as obras de Canguilhem, principalmente (por ser uma das mais conhecidas), são um ótimo referencial teórico no que diz respeito ao estudo do fazer biomédico.

Foucault nos deixou um texto que aborda “o nascimento da medicina social”. Neste texto, ele expõe que discorda do que alguns teóricos haviam aviltado sobre a medicina na antiguidade clássica como sendo de ordem social, coletiva, e diz: “O pouco conhecimento que tenho da história grega me deixa perplexo, pois não vejo como se pode dizer que a medicina grega era coletiva e social” (FOUCAULT, 1984, p.79).

O autor vai além da negação de ser a medicina praticada, na antiguidade clássica, social ou coletiva e propõe que é a moderna medicina que teria estes caracteres. Vejamos:

Procurarei mostrar o contrário: que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. (...) Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (*Ibidem*, p.79-80).

Assim, Foucault argumenta que houve três etapas no que concerne ao desenvolvimento da medicina social, são elas as seguintes: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho, respectivamente atribuídas à Alemanha, França e Inglaterra. Não vou me aprofundar na exposição das mesmas, quero apenas mostrar que Foucault foi o responsável por sugerir a data de “surgimento” desta área de conhecimento. Resumidamente:

Se concordarmos com a tese de Michel Foucault, a medicina social seria um resultado, dentre outros, do desenvolvimento de técnicas, maneiras e saberes cujo objeto é o mundo social. O desenvolvimento de uma biopolítica, como ele descreveu, teria tomado inúmeros aspectos e abrangido quase todo o espaço social. Essa tecnologia aplicada às sociedades teria se traduzido por um recrudescimento do controle dos indivíduos que exigiria um conhecimento agudo de técnicas de mensuração, de esquadrinhamento do espaço social e de individualização da vigilância nas sociedades (MONTAGNER, 2008, p.195).

Desse modo, a medicina social pode ser vista como uma iniciativa, política, da medicina sobre o corpo social, ou seja, que tinha como objeto o próprio corpo social. A concepção de saúde coletiva surge como efeito desse movimento de interesse político sobre a coletividade:

A saúde pública foi uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana, pela produção de estratégias preventivas. Mas é inegável que seus diferentes discursos se fundam no naturalismo médico, que, invocando cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social. Combater as epidemias e as endemias, esquadrinhando o espaço urbano com dispositivos sanitários, constituiu-se como estratégia dominante da saúde pública. As razões do Estado, enfim, que tomou as condições de saúde de sua população como sua riqueza maior, constituíram-se como o grande suporte para a construção dos dispositivos da saúde pública (BIRMAN, 2005, p.11-12).

Desse modo, o campo da saúde coletiva enaltecia a atividade médica e lhe dava poder e legitimidade social, justificados pela adesão da medicina às ideias da ciência clássica, principalmente a biologia.

As descobertas biológicas multiplicam o poder social da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias (*Ibidem*, p.12).

Os avanços científicos conseguidos pela biologia e pela química resvalaram sobre a medicina, e, em consequência, foi introduzida nas práticas deste campo de conhecimento (medicina). Mas com essa adesão aos métodos e técnicas da ciência clássica, a dimensão individual do processo de saúde-doença foi desconsiderada, pois não era generalizável nem quantificável.

O ponto de vista da saúde pública, o olhar voltado às questões dos processos de saúde, veio como uma crítica sobre as ideias referentes à saúde coletiva (com suas prerrogativas cientificistas);

A concepção de Saúde Coletiva, bem ao contrário, se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. A partir da década de 1920, as Ciências Humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico (BIRMAN, 2005, p.12).

Este movimento de discurso crítico sobre as determinações da saúde coletiva surgiu a partir da imersão das ciências humanas na discussão das problemáticas em torno do processo de saúde-doença. Foram as ciências humanas que questionaram a adesão feita pela medicina ao paradigma das ciências clássicas,

Nelas haveria valores. (...) Nessa perspectiva, a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da Saúde Pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. De fato, o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde (*Ibidem*, p.12-14).

Não foi por acaso ou por desatenção, mas sim intencionalmente, que situei na última parte deste trabalho algo que muitos julgariam necessário estar presente no início do presente texto, ou seja, essa espécie de delimitação ou recorte de estudo das áreas da saúde e social envolvendo a problemática aqui em tela. Fiz isso para que fique clara a proposição que farei a partir desta releitura histórica envolvendo a biomedicina moderna, ou seja, minha cooperação para o debate sobre a temática que me dispus a estudar.

2.4 – AH e a legislação nacional: o fato da proibição

Conforme anteriormente explicitado, a “interdição” em relação ao uso da AH, enquanto recurso médico, é realizada pela ANVISA, por intermédio de variados recursos legal. Uma das primeiras leis que dá apoio aos posicionamentos dessa agência é a Lei nº 4.701, de 28 de junho de 1965, revogada pela Lei 10.205, de 21 de março de 2001, que

Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências (BRASIL, Lei Nº 10.205, de 21 de março de 2001).

Essa Lei é uma espécie de marco legal no que diz respeito à política nacional de sangue e hemoderivados, em razão de que estabelece os processos e a instituição responsável por eles quando se trata de sangue e de seus derivados. É, no entanto, através da criação da ANVISA, com a Lei Nº 9.782 (BRASIL, Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999), que se amplia o poder de fiscalização e normatização dos atos relacionados às práticas médicas e de saúde, envolvendo órgãos, instituições e agentes públicos e privados. Assim, a ANVISA é a extensão de ação do Poder Executivo no que diz respeito às questões relativas à saúde pública, algo verificável através do Artigo 6º, que diz o seguinte: “A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população”. Àquela agência, cabem, entre outras tantas, as seguintes tarefas:

Art. 8º Incumbe à Agência [ANVISA], respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

(...) VII - imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados (BRASIL, Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999).

Além da ANVISA, o Estado brasileiro criou outras instituições responsáveis pela saúde em território nacional, é o caso do Conselho Federal de Medicina (CFM) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), segundo observado na seguinte lei:

Art. 1º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, instituídos pelo Decreto-lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, passam a constituir em seu conjunto uma autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

Art. 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

Art. 3º Haverá na Capital da República um Conselho Federal, com jurisdição em todo o Território Nacional, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais; e, em cada capital de Estado e Território e no Distrito Federal, um Conselho Regional, denominado segundo sua jurisdição, que alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal (BRASIL, Lei Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957).

Dessa forma é que está organizado, do ponto de vista jurídico, o aparato estatal no que diz respeito ao cumprimento das propostas figuradas na Carta Magna de 1988 relativas à saúde, presentes entre os artigos 196 a 200. Sendo assim, o Estado criou um equipamento público composto pelo Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, CFM (e conselhos regionais). No entanto, compete à ANVISA regulamentar as atividades referentes, entre outras, à utilização do sangue em território nacional. Fazendo uso de suas atribuições legais, essa instituição cria a seguinte resolução, ocasião em que:

Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea (ANVISA – Resolução RDC Nº 153, de 14 de junho de 2004, grifo meu).

A decisão de interditar o uso da AH foi realizado por uma esfera política, a ANVISA. No entanto, não se realiza sem consulta aos órgãos profissionais; assim, a agência fez uma consulta ao CFM, que emitiu parecer acerca da utilização da AH. A “consulta” feita ao CFM por parte da ANVISA simboliza uma espécie de “ação politicamente dependente”, a ação política apenas pode ser realizada segundo a “aprovação científica”, uma vez que o CFM, ao produzir seus pareceres, os faz como porta-vozes da ciência, ou melhor, da biomedicina. Assim, poderíamos inclusive pensar em desenvolver uma discussão sobre a “politização” da ciência, ou “cientifização” da política, mas isto fica como indicação de pesquisa para outra ocasião.

Digo controverso por conta de a nota técnica da ANVISA (supostamente solicitada ao CFM para respaldar o ato de interdição) que proíbe os profissionais de saúde utilizar a técnica aqui em questão datar de abril de 2007, e o parecer do CFM apenas haver sido publicado em outubro de 2007. A ANVISA, ao que parece, sustenta sua decisão proibitiva na consulta prévia realizada ao CFM, mas cronologicamente há uma incoerência, uma vez que a proibição vem antes da emissão do posicionamento do CFM.

Vou expor de forma breve esta problemática em torno dos posicionamentos dos presentes órgãos públicos.

1 – Nota Técnica 001/2007/GESAC/GGSTO/ANVISA:

Considerando os questionamentos recebidos pela Gerência de Sangue e Componentes – GGSTO/ANVISA sobre a prática denominada de “auto-hemoterapia”, esclarecemos o que segue:

1. A prática do procedimento denominado Auto-Hemoterapia **não consta na RDC nº. 153**, de 14 de junho de 2004, que determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o *uso humano de sangue e seus componentes*, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea [grifo meu].

Fiz questão de destacar a justificativa básica que dá alibi à proibição, a saber, o fato de a AH não haver sido mencionada na RDC-153, por ser algo questionável, ao se ler o documento alegado (RDC-153), e que irei me ater ainda neste ponto. A ANVISA continua sua argumentação/justificativa ao ato proibitivo expondo o que é a AH (procedimento que utiliza o uso de sangue autólogo no tratamento de doenças) e afirmando não haver estudos científicos que corroborem a técnica em questão. O interessante é que, ao afirmar que a AH não está listada entre os “procedimentos hemoterápicos”, reconhece a falta de institucionalização do “procedimento” e, dessa forma, sua ilegalidade.

Continuando, a nota da ANVISA expõe a base jurídica que dá legitimidade à proibição deflagrada aos profissionais de saúde em relação ao uso da AH;

5. **A Resolução CFM Nº 1.499, 26 de agosto de 1998, proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica.** O reconhecimento científico, quando e se ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país. Proíbe também qualquer vinculação de médicos a anúncios referentes a tais métodos e práticas (...)

7. O procedimento “Auto-Hemoterapia” pode ser enquadrado no inciso V, Art. 2º do Decreto 77.052/76, e sua prática constitui infração sanitária, estando sujeitas às penalidades previstas no item XXIX, do artigo 10, da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977.

8. As Vigilâncias Sanitárias deverão adotar as medidas legais cabíveis em relação à referida prática [grifo meu].

A nota deixa entrever novas designações e a argumentação central da proibição. Entre os termos, o de “práticas terapêuticas” desponta em contraste com o de “procedimentos hemoterápicos” utilizados acima, revelando que não se trata de uma questão disciplinar, mas do campo da medicina, no sentido da instituição que exerce a terapêutica. Outro aspecto relevante é o “não reconhecimento pela comunidade científica”, o

que também desloca para uma dimensão ampla da ciência, que se desenvolve, principalmente, no âmbito das discussões sobre a epistemologia da atividade médica.

Na citação que fiz da nota técnica da ANVISA, em que destaquei em negrito, itálico e sublinhado a alegação de que a AH não constava na RDC-153/ANVISA, foi para evidenciar mais esta incoerência, o fato de a AH ser uma técnica que, nas palavras da referida agência, “consiste na retirada de sangue por punção venosa e a sua imediata administração por via intramuscular ou subcutânea, na própria pessoa”, ou seja, uso de sangue autólogo, está sim previsto na RDC-153/ANVISA;

2 – Resolução-RDC nº 153, de 14 de junho de 2004:

A – 2 Em caso de cirurgias eletivas, deve ser indicada, sempre que possível, a realização de transfusão autóloga.

Nesse ponto é importante bastante atenção! É evidente que a utilização de sangue autólogo previsto na forma da lei anteriormente transcrita é diferente da forma adotada pelos adeptos da AH. A lei prevê o uso de sangue autólogo para essas finalidades do uso de sangue de outros doadores (por exemplo, para repor a quantidade perdida em procedimento cirúrgico), enquanto que a AH é utilizada com outras finalidades, bem como obedecendo a outros critérios (a aplicação imediata sem passar por nenhum tratamento, por exemplo). Isso me faz pensar que o uso de sangue autólogo como alternativa terapêutica não é algo relativo a sociedades não ocidentais, e isso é algo que pode passar despercebido aos olhos desatentos. Apesar de se basear em formas de uso diferenciadas, o sangue autólogo é reconhecidamente uma alternativa curativa.

Mas quero chamar atenção para o fato de que o uso de sangue autólogo está previsto entre as normas da ANVISA, mesmo que de forma bem pontual e direcionada, em caso de cirurgias eletivas. Esse fato, no mínimo, coloca em cheque a alegação de que o uso de sangue autólogo pode ser prejudicial ao ser humano, como constatei na nota técnica da ANVISA sobre a AH: “Não existem evidências científicas, trabalhos indexados, que comprovem a eficácia e segurança deste procedimento”.

A RDC-153/ANVISA ainda vai mais além ao dedicar todo um tópico, em seu anexo, apenas tratando do uso de sangue autólogo, a saber, o tópico M, o qual transcreverei algumas informações lá contidas:

M – SANGUE AUTÓLOGO

M.1 – Doação Autóloga Pré-Operatória

M.1.1 – O procedimento de doação autóloga pré-operatória requer a aprovação do médico hemoterapeuta e do médico assistente.

M.1.2 – A unidade deve ser rotulada com os dizeres "Doação Autóloga", e ser segregada e utilizada só para transfusão autóloga.

M.1.3 – As doações autólogas devem ser submetidas aos mesmos exames sorológicos realizados nas doações alogênicas.

M.1.4 – Os pacientes que possuam sorologia reagente para qualquer das doenças testadas poderão ser aceitos nos programas de autotransfusão. Se isto for feito, será necessária a identificação com etiqueta especial, indicando a situação sorológica da bolsa, e deve haver concordância explícita, por escrito, do médico assistente do paciente e do médico do Serviço de Hemoterapia.

Há ainda previsto o uso de sangue autólogo por mulheres gestantes, “A doação autóloga de gestantes pode ser aceita se contar com a aprovação do obstetra da gestante e do médico do serviço de hemoterapia”. Toda essa explanação foi desenvolvida no intuito de explicitar o fato referente ao reconhecimento legal/científico, por parte da ANVISA, do uso de sangue autólogo em procedimento médico.

Há algo um tanto quanto contraditório no que concerne ao ato proibitivo em torno da técnica denominada Auto-Hemoterapia. Constatei que a ANVISA realizou uma ação, no mínimo, carregada de equívocos, pois reconhecer científico, e por isso legalizar o uso de sangue autólogo em procedimentos médicos operatórios (caso do TSP), e em seguida alegar ser a AH (uma vez que a técnica utiliza a mesma “mecânica” que é reconhecida aos procedimentos operatórios, a saber, o uso de sangue autólogo) infundada, do ponto de vista científico, equivale a se contradizer.

2.5 – Breve contextualização histórica da hematologia/hemoterapia

A AH não pode ser analisada de forma descontextualizada, nesse sentido, é necessário que eu exponha o fato de, mesmo não sendo considerada uma técnica cientificamente reconhecida, ser necessário que eu tente realizar uma espécie de “enquadramento”, para uma melhor compreensão, em alguma das já existentes áreas de atuação da medicina. Por esse motivo, realizo agora uma breve contextualização a respeito dos estudos sobre o sangue na medicina moderna.

A medicina, como outras áreas do conhecimento, encontra-se subdividida em tantas “subáreas” quanto seja possível imaginar. Sendo assim, a *hematologia* é a especialidade médica que é responsável por pesquisas relacionadas ao tecido sanguíneo e seus respectivos componentes. Assim,

A hemoterapia é uma especialidade recente da medicina: data do início deste século a descoberta, por Karl Landsteiner, dos grupos sanguíneos ABO. As técnicas transfusionais foram aperfeiçoadas principalmente durante as duas guerras mundiais, e muitas redes de coleta e transfusão europeias foram organizadas por ocasião da Segunda Guerra (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991, p.161).

A medicina moderna voltou sua atenção para o estudo do sangue, como ficou claro, há pouco tempo, mas, ao que parece, já goza de legitimação entre seus pares. No Brasil, observa-se uma quase simultaneidade de surgimento da especialidade:

O primeiro banco de sangue do mundo ocidental foi criado em 1937 nos Estados Unidos. Na década de 1940, surgiram os primeiros bancos de sangue no Brasil: em 1941, no Rio, o banco do Hospital Fernandes Figueira (ligado, ao que consta, ao esforço de guerra), e em novembro de 1945, o Banco de Sangue da Prefeitura do Distrito Federal. Em 1949 foi realizado no Brasil o primeiro congresso de profissionais da especialidade. No ano seguinte, eles fundaram a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Também em 1949 foi organizada a Associação de Doadores Voluntários de Sangue no Rio de Janeiro, que mais tarde se tornou nacional. A associação se contrapunha à doação paga, já então utilizada pelos recém-criados serviços de hemoterapia. (...) A isto se refere a primeira lei federal (Lei 1.075 de 27/3/50) a tratar do sangue, que abonava o dia de trabalho ao funcionário público, civil ou militar, que doasse voluntariamente sangue a banco mantido por organização estatal ou paraestatal. Além disso, a lei determinava que tal ato fosse registrado com louvor na folha de serviço do servidor. Já o doador voluntário não servidor público "será incluído (...) entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria". Imitada nos anos seguintes por estados e municípios, *essa foi a única lei referente ao sangue até 1964*. Seu texto e sua singularidade dizem muito (*Ibidem*, p.162).

Desse modo, um ex-presidente da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia escreve o seguinte sobre a disciplina aqui em questão: "A transfusão de sangue, no mundo, teve dois períodos: um empírico, que vai até 1900, e outro científico, de 1900 em diante" (JUNQUEIRA, 2005). Essa informação vem a complementar o que foi observado em campo, com relação à categoria *empíria*, daí a relevância de se fazer uma rápida contextualização histórica sobre a especialidade biomédica responsável pelo estudo do uso terapêutico do sangue.

Junqueira (2005) expõe que, no período empírico, seria "a vontade de saber" (parafraseando Foucault), ou seja, a curiosidade, o maior norteador das pesquisas sobre o sangue e suas propriedades. Mas, ainda segundo este autor, apenas no período científico a hematologia teria conseguido dar maiores saltos, no entanto, sem que houvesse uma maior institucionalização:

Na "era científica" da transfusão de sangue, após a descoberta dos grupos sanguíneos, por Karl Landsteiner, em 1900, ***transfusões eram feitas por cirurgiões*** como Carrel, Crille, De Bakey e outros reconhecidos como inovadores mundiais (JUNQUEIRA, 2005, p.202, grifo meu).

Ao explicitar que as transfusões eram realizadas por cirurgiões, a citação possibilita a compreensão de que até aquela época ainda não havia a especialidade hoje conhecida como hematologia, ou seja, não havia uma institucionalização nesta área da medicina, não havia ocorrido um movimento de normatização e, por tanto, não havia surgido a

especialidade Hematologia. No entanto, o caráter simbólico atribuído ao sangue deixa entrever que ações médicas que o envolviam deveriam ser desenvolvidas por profissionais especializados como os cirurgiões.

Mas a hematologia avança, especializa-se, moderniza-se e dá grandes saltos:

Na década de 1960, a hemoterapia mundial avançou e se sofisticou, a partir das novas técnicas de conservação e fracionamento de sangue, que gradativamente restringiram a pouquíssimos casos a aplicação de sangue integral, substituindo este por suas frações e derivados. Isso fez aumentar o número de casos em que o sangue é utilizado como terapêutica e exigiu sofisticação dos serviços, recursos humanos especializados e aparelhagem própria. Como cada parte do sangue tem seu emprego específico, tomou-se necessário, do ponto de vista operacional, que a rede hemoterápica se integrasse cada vez mais para eliminar sobras e faltas (um pronto-socorro, por exemplo, utiliza muitas hemácias e pouco plasma; serviços de tratamento de hemofílicos usam plasma e derivados e poucas hemácias) e permitir uma distribuição mais eficiente do sangue (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991, p.164).

Sendo a hematologia um ramo de estudo da medicina, e constituindo seu interesse as pesquisas relacionadas ao sangue, a hemoterapia é o direcionamento que é dado aos achados teóricos desenvolvidos pelos hematologistas (e mais recentemente por hemoterapeuta).

Hemoterapia, também denominada de terapia com sangue ou transfusão, é uma das importantes armas terapêuticas que dispomos na emergência e na terapia intensiva como para a semi-intensiva e facilitação da recuperação orgânica do paciente tanto na medicina veterinária como na humana (CANAL, 2004, p.01).

A hemoterapia, enquanto ferramenta terapêutica da hematologia, é bastante diversificada, compondo uma gama de variadas formas de uso do sangue como agente de tratamento. Essa concepção da hemoterapia põe em relevo o problema que estamos abordando aqui, tendo em vista que a AH deveria estar disponível no arsenal terapêutico à disposição dos profissionais, pois, para este autor,

Trata-se, em última análise, de um transplante de órgão, o órgão transplantado, no caso, é o sangue, que pode ser total (sangue total) ou parcial, neste caso podendo ser concentrado de hemácias, plasma, fatores de coagulação ou plaquetas (CANAL, 2004, p.01).

Ou seja, ao contrário do que se pode pensar comumente, para o especialista deste campo, os processos que envolvem o sangue são bastante significativos em termos terapêuticos. Dessa forma, qualquer ação terapêutica exige um grau de conhecimento adequado do profissional, já que ele deve “saber” para ofertar adequadamente ao “paciente”, como pode ser visto abaixo:

Hemoterapia, no entanto, não é apenas extrair sangue de um animal sadio e aplicá-lo em um outro deficitário, mas principalmente sabermos quais os

componentes hemáticos o nosso paciente tem falta e entrarmos com estes componentes naquele caso específico. Quanto mais precisa a reposição, mais eficaz será a terapia (CANAL, 2004, p.01).

Por tanto, há inúmeros tipos de tratamentos hemoterápicos, em que cada um utiliza parte específica do sangue e/ou o seu total a partir de um diagnóstico especializado, função atribuída ao hematologista, ou hemoterapeuta, sobre a deficiência sanguínea específica a cada indivíduo, pode-se inferir qual o melhor tratamento hemoterápico desejável; caso o doente esteja com baixa quantidade de hemácia, aplicar-se-á uma hemoterapia, caso seja uma deficiência referente ao plasma há outra forma de hemoterapia, etc. Dessa forma, há cinco:

1. Hemácias: A partir do sangue total, centrifugado, a papa de hemácias é o produto da decantação. **2. Plasma:** Este, por sua vez, é o produto sobrenadante da decantação do sangue, ou seja, é o sangue sem as hemácias, rico principalmente nas proteínas albumina e globulinas [...] Portanto, podemos sim dizer que o transplante de plasma é relativo à incrementação de uma nova frota de veículos de carga associada a um novo contingente no exército, atuando na eficácia do transporte de medicamentos e na defesa orgânica. **3. Plaquetas** Nos mamíferos, são também chamadas de trombócitos, são componentes diretamente ligados à coagulação sanguínea. Sua baixa concentração é detectável ao hemograma completo. As plaquetas são como mochilas de paraquedas que se abrem na variação da velocidade do sangue, tanto no caso da velocidade aumentar, hemorragias, ou de diminuir, hematomas. Podemos entender que estes paraquedas se abrem eliminando uma rede que irá servir como um tampão na solução de continuidade havida. (...) Além dos fatores de coagulação, as plaquetas têm várias outras funções por serem ricas em serotonina, incluindo a atuação como opsoninas, auxiliares na fagocitose. **4. Crio-precipitado:** Produto da centrifugação do precipitado do descongelamento do plasma. É rico em componentes da coagulação: fator VIII e fator de Von Willibrand. É especialmente útil no tratamento da hemofilia e Doença de Von Willibrand, na CVD = Coagulação Vascular Disseminada, de ocorrência comum em todos os quadros de sepse como gastroenterites, infecções generalizadas, SDMO ~ Síndrome de Disfunção de Múltiplos Órgãos ~ devido a quadros de infecção em generalização, como piometra, piorreia, prostatopatias e outras (*Ibidem*, p.02).

Apesar de extensa, a citação é importantíssima, uma vez que ela esclarece o fato de a biomedicina moderna já haver institucionalizado o tratamento de doenças através do uso de sangue, (vale ressaltar que essa institucionalização não se aplica a AH, apenas legitima algumas modalidades do uso do sangue total) além de parecer corroborar com a argumentação dos defensores da AH que dizem que, com a aplicação da técnica, o sistema imunológico produz mais células de defesa. Mas chama atenção também para o fato de que pouco ou quase nada foi produzido quando se põe em questão o uso de sangue autólogo, uma vez que, tanto do ponto de vista legal, quanto do científico, quase não há regulamentações em se tratando do uso terapêutico do sangue do próprio indivíduo em tratamento.

A AH, diferentemente dos procedimentos hemoterápicos legais, não atribui qualquer tipo de tratamento, seja químico ou seja físico ao sangue, apesar de a hematologia prever o uso do sangue total sem tratamento, esse uso apenas é aceito se o sangue for de doadores e não autólogo, vejamos como se dá esse tratamento com sangue total não autólogo:

5. Sangue Total: Trata-se do componente total do órgão sanguíneo. É aplicável principalmente em quadros de grandes hemorragias, quando a perda foi também total, não de partes do tecido sanguíneo. Este caso é exatamente retirar-se sangue de um paciente sadio e aplicá-lo no doente. Lembramos que aqui se exige os testes comentados abaixo por apresentar hemácias, e fatores de rejeição. O Sangue Total pode ser **fresco**, até 12 horas após a coleta, que é melhor, mais completo, ou **estocado**, em geladeira até 30 dias após coletado, neste último caso, não contém alguns componentes, principalmente da coagulação, mas ainda é muito útil (*Ibidem*).

São visíveis os progressos realizados pela hematologia e da hemoterapia. Segundo o autor, a indicação para uso de sangue total não autólogo são muitas, ressaltando a maior antiguidade dessa forma de tratamento. Por sua vez, com a AH, o sangue é utilizado para outras indicações que não a legitimada pelo conhecimento médico, principalmente às doenças autoimunes (que são de uma variedade muito grande, daí ela ser apontada como panaceia). Desse modo, as expectativas dos adeptos da AH é que o organismo não reconheça o sangue autólogo, porém, pela citação acima, o sangue é portador de fatores de rejeição, embora este argumento não tenha sido utilizado pelos interlocutores. Vejamos:

Uma consequência do avanço tecnológico e do fracionamento do sangue foi o progresso da indústria de hemoderivados (surgida no segundo pós-guerra), que passou a extrair do plasma alguns componentes cuja obtenção não era possível em processo artesanal. A produção de componentes em escala industrial requer uma ampla rede de fornecimento (uma vez que opera com grandes quantidades de plasma sanguíneo) e torna mais problemática a questão do lucro ligado ao sangue. O fabrico de hemoderivados, que proporciona grandes lucros, passa a mobilizar um comércio em escala mundial. Tais produtos são estáveis, podendo ser transportados a longa distância e armazenados. Por sua lucratividade e pelas restrições que vários países fazem à obtenção e comercialização de sangue, muitas vezes este comércio toma a feição de contrabando, estimulado pelo diferencial dos (altos) preços no mercado internacional (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991, p.164).

Atualmente, a hematologia é um ramo biomédico bastante desenvolvido, racionalizado segundo características científicas mais pendentes às “ciências exatas”, há um domínio na área da saúde de um “paradigma” (KUHN, 2007) cientificista. Talvez seja possível pensar a legalização das hemoterapias anteriormente citadas (ou a ilegalidade da AH Clássica) a partir da ideia de institucionalização/racionalização do conhecimento, discussão ainda a ser desenvolvida.

Com toda esta exposição, fica claro que a forma como a utilização de sangue autólogo está prevista em lei não é mesma forma como os defensores da AH utilizam esse componente. Seja através de anterior prescrição médica (no caso de cirurgias eletivas), seja com o TSP e o PRP, o sangue autólogo não é imediatamente aplicado em veia, mesmo no caso do TSP (a diferença entre o TPS e a AH é o local de readministração do sangue, sendo o TSP aplicado em espaço peridural; e a AH, imediatamente no músculo do indivíduo).

CAPÍTULO III

A CONTROVÉRSIA CIENTÍFICA

Um dos argumentos centrais e mais reivindicados pelos meus informantes, bem como pude perceber nos documentos que se opõem à AH, envolve a temática da ciência. Ela é reivindicada tanto num contexto de defesa da prática quanto num contexto de oposição ao procedimento, ou seja, a linguagem, códigos, regras, etc., que legitimam o campo em que se encontra a prática aqui em questão refere-se (segundo fui levado pelas informações colhidas no campo) ao domínio das ciências. Os defensores da AH alegam que um maior número de macrófagos trabalhando junto ao Sistema Imunológico potencializa a defesa corporal, já que esta célula seria a responsável por destruir organismos invasores de nosso sistema imunológico.

Assim, a ciência ocupa local de destaque, figurando como uma espécie de juiz no quesito “disputa” pela explicação verdadeira dos processos de saúde-doença. Neste capítulo, utilizo os argumentos dos defensores e dos contrários à AH como pano de fundo para “seguir pistas” que me ajudem a compreender melhor a temática em questão.

3.1 – Sobre controvérsias

A expressão “*controvérsias*”, com o sentido em que se empregará neste trabalho, é tomada emprestada de Shinn & Ragouet (2008). No texto *Controvérsias sobre a Ciência: Por uma sociologia transversalista da atividade científica*, os autores realizam um denso estudo sobre a ciência, no qual propõem um posicionamento inovador que eles denominam sociologia transversalista, esta dimensão teórica diz respeito à sociologia do conhecimento e da produção técnico-científica. O que Shinn & Ragouet (2008) reconhecem como *controvérsia* é um conjunto de concepções conflituosas sobre a atividade científica, expõem que as controvérsias são as variadas acepções sobre o que seja a Ciência enquanto esfera social.

A teoria de Shinn & Ragouet surge em contraposição a duas correntes de pensamento que se opõem teoricamente no que diz respeito aos estudos das ciências e das técnicas, um posicionamento conhecido como diferencialista e outro denominado antidiferencialista. Os teóricos que aderem ao diferencialismo, sistematizado inicialmente por Robert Merton, defendem que o sistema de produção científico, e a própria instituição científica, é um esfera social distinta das demais esferas sociais. Essa distinção se baseia na forma disciplinar como o sistema científico se constitui e organiza suas produções. Essa distinção ainda se fundamenta no controle que os pares (cientistas)

realizam sobre o trabalho científico e na racionalidade científica, baluarte de todo o sistema científico.

Por sua vez, os teóricos antidiferencialistas criticam toda presunção de tornar a atividade científica algo distinto das demais atividades sociais, principalmente os posicionamentos mais extremados que enxergam a atividade científica como aquela que possuiria privilégio em relação às demais. Para esta corrente teórica, inexistente diferença entre esfera social e cultural, a ciência não seria, dessa forma, uma atividade que estaria acima da influência e, por vezes, determinações sociais.

Baseado nos documentos acessados, nas declarações ditas pelo médico Sr. Luiz Moura, presentes no DVD (SARMENTO, 2004), assim como nos depoimentos de informantes, pode-se dizer que o maior argumento utilizado sobre o conhecimento acerca da AH é justificado em torno da noção de que ela está baseada em “empíria”, seja para defender o uso desta prática, seja para se opor. Por “empíria”, meus interlocutores alegam que se trata de conhecimentos adquiridos através de experiências realizadas no cotidiano da prática médica, e não embasada em estudos considerados científicos. Em parte, é o que chamam de “verificado na prática”, sendo esse o principal argumento norteador das narrativas dos médicos adeptos dessa terapia.

No entanto, acredito que, segundo o estudo de documentos e pesquisas relacionados à AH, essa fase foi superada, haja vista o surgimento de artigos contemporâneos abordando a mesma temática, a exemplo de Silva (2006); Silva *et al.* (2003); Geovanini (2009). Apesar de existirem, estes estudos biomédicos não são reconhecidos pelo CFM, o que levanta a questão: por quê?

No discurso do médico Luiz Moura, no referido DVD, compreende-se que esse médico começou a praticar a AH porque seu pai o orientava a praticá-la. Nesse exemplo, há a ideia da transmissão de conhecimento de um profissional mais experiente para outro, considerando que o pai do entrevistado no vídeo também era médico e já utilizava a terapêutica em seus sujeitos há algum tempo. Nas palavras de interlocutor:

Eu comecei a aplicar a Auto-Hemoterapia **ainda como estudante de medicina**, em 1943, quando eu entrei para a faculdade de medicina [...] E o meu pai foi professor dessa mesma faculdade, e ele era também **chefe de enfermagem da Santa Casa**, e era cirurgião geral. Primeiro me ensinou como tirar sangue e aplicar no músculo, e ele me mandava para casa de todo paciente que ele operava [...] O meu pai usava esta técnica porque ele tinha lido o trabalho de Jêsse Teixeira [...] Apreendi isso com ele. E me limitei a usar durante muitos anos a Auto-Hemoterapia exclusivamente para evitar

tratar de infecções, acne juvenil (que é uma infecção de estafilococos) e também evitar infecções pós-cirúrgicas (Depoimento do Dr. Luiz Moura).

A transmissão de conhecimento exige um exercício prático da atividade e indicações de uso; implica, também, uma aplicação desde muito cedo na formação médica. A antiguidade é que fornece autoridade e competência, fundada nessa experiência, ao interlocutor. Mas, principalmente, quem transmitiu esse conhecimento era professor da faculdade, e não qualquer professor, mas um “chefe de enfermagem” e “cirurgião geral”, o que reforça esses elementos; seguindo Bourdieu (1989), trata-se de um ator socialmente autorizado para a transmissão dos conhecimentos de uma profissão como a médica. Aqui, corroborando com teóricos sociais, o informante revela que o aprendizado da medicina envolve uma dimensão “prática” na qual se aprende com quem faz. O fato de o médico aqui em questão ter aprendido “o fazer” médico relacionado à AH, por si só, enseja uma frutífera discussão sobre o aprendizado prático, no entanto, essa questão não é central ao presente estudo.

Da mesma forma, o interlocutor argumenta que tal procedimento não era apenas uma questão de “prática”, mas estava fundamentado num “trabalho” (aparentemente de caráter científico, pois se refere a “trabalho científico”) de um estudioso sobre o fenômeno.

A controvérsia está em que: as pesquisas que os profissionais a favor da AH defendem como “trabalhos” científicos que podem embasar o procedimento²⁹ podem não ser consideradas trabalhos científicos, como acontece no parecer apresentado pelo CFM. O que está em jogo aqui é uma questão de método. Vejamos então a controvérsia: os estudos realizados por Jêsse Teixeira (1940) e posteriormente os de Ricardo Veronesi (1976), para não mencionar as recentes pesquisas de Telma Geovanini (2009)³⁰, estudos já explorados anteriormente, não são indícios que podem ser levados em conta na produção de pesquisas sobre a AH?

Para melhorar a compreensão das críticas deflagradas à AH, faz-se importante trazer a fala da professora médica ligada à área da hematologia por mim entrevistada em 2009. Essa profissional informou-me que havia realizado um estudo sobre a AH, na verdade, um levantamento bibliográfico, no intuito de saber se existiam trabalhos que dessem respaldo à prática em questão. Ao saber desse fato, perguntei-lhe se a pesquisa

29 Os poucos estudos que existem me foram indicados ainda durante a pesquisa realizada para a conclusão de curso de graduação, no qual apontava elementos que tornavam esses estudos insuficientes, são eles os que já apontei anteriormente, estudos dos médicos Jêsse Teixeira e Ricardo Veronesi, bem como da enfermeira Telma Geovanini.

30 Cito esses por serem expoentes da pesquisa e promoção da AH, pois seus estudos estão voltados para a atuação da AH em seres humanos, uma vez que encontrei muitos estudos sobre o uso desta técnica, no entanto, muitos eram focados em animais.

havia sido desenvolvida para ser publicada em algum órgão de pesquisa ou revista especializada, ao que ela me respondeu que não:

[...] foi porque todo mundo perguntando, todo mundo perguntando, a vigilância sanitária queria soltar uma nota, e todo mundo tava interessado, aí eu fui procurar para ver se tinha alguma coisa, mesmo, científica que sustentasse o que ele [Dr. Luiz Moura] tava dizendo, né. E aí eu vi esses poucos trabalhos, eram dois ou três, uma coisa assim, mas faz tempo que eu vi, eu não lembro bem, eu sei que era na Espanha, não é. Mas eram coisas, assim, não era um estudo controlado, entendeu? Que tivesse um grupo controle, que tivesse um desenho bom, era uma coisa, assim, meio empírica, meio, assim, caseira, sabe? Agora tava publicada em literatura médica, né. Mas não era uma coisa que você lesse e se convencesse, sabe, de alguma coisa, né. Não tinha um bom desenho, né, porque pra você ter uma evidência científica você tem que ter um trabalho bem desenhado, né. Quer dizer, você tem que analisar as outras variáveis. Porque, por exemplo, se eu disser que um rapaz, adolescente, que tem acne, usou a Auto-Hemoterapia e ficou curado, ficou bom, será que ele não ficaria bom sem usar Auto-Hemoterapia? Tá entendendo? Então teria que ter grupo de controle, né, teria que analisar, é, outras condições que influenciasssem a melhora ou a piora do quadro pra poder saber se realmente aquela, aquele fator, quer dizer, a AH, tinha feito a diferença, ou se outros fatores, que aconteceram na mesma época, não foram responsáveis pela alteração do quadro, você tá entendendo? Então, assim, você tem que ter um controle das variáveis, né [Depoimento de médica do Hemoce].

O que a professora aponta em seu discurso é que a instituição da “vigilância sanitária” se impõe às práticas profissionais em saúde, de modo que nenhuma atuação deve prescindir de um respaldo científico. Nesse domínio, a postura mais adequada consiste em utilizar os procedimentos metodológicos conhecidos como no duplo-cego randomizados (ou RCCTs).

Os críticos da AH alegam que a referida técnica peca no que diz respeito à metodologia, e aqui enxergo mais uma controvérsia, pois esses críticos referem-se aos estudos realizados pelo Dr. Jêsse Teixeira (1940) como algo obsoleto, pois se apoiava numa metodologia não mais utilizada, mas essa metodologia se tornou obsoleta após alguns anos, tendo apresentado resultados positivos na época em que era amplamente utilizada (até que surgiu outras metodologias), vindo a ser, inclusive, premiada, como esclarece o médico Sr. Luiz Moura:

Porque ele fazia isso porque o trabalho do professor Jêsse Teixeira – que foi feito especificamente para evitar infecções pós-operatórias, e que resultou num, num prêmio de cirurgia, no maior prêmio de trabalho publicado em 1940 e que foi traduzido em duas línguas, para o francês e para o inglês – esse trabalho foi um sucesso enorme, o trabalho de Jêsse Teixeira (Depoimento do Dr. Luiz Moura, em DVD).

No entanto, ao observar-se o parecer do CFM, é perceptível o fato de haver estudos que possuem evidência científica (esta é uma terminologia nativa, utilizada principalmente por opositores) o suficiente para legitimar a prática do TSP, que, em seus

procedimentos, assemelha-se com a AH propriamente dita, distinguindo-se desta unicamente por conta de reinjetar o sangue autólogo, em vez de músculo do braço ou nádega, em “espaço peridural”, mas baseando todo o restante da técnica nos mesmos princípios da AH, como se pode constatar:

Pesquisa sobre *autohemotherapy* em base de dados MEDLINE/PubMed (National Library of Medicine), em 20 de julho de 2007, indicou 91 publicações de 1950 até a atualidade (ver anexo a). As mais recentes versam sobre Auto-Hemoterapia com ozônio, sendo a mais atual a de Biedunkiewicz, Lizakowski, Tylicki *et al.* (2006). As indicações mais antigas, referentes à Auto-Hemoterapia “clássica” ou “propriamente dita”, como neste parecer se convencionou chamar, datam de 1950 (Mariotti; Reddick; Fruhauf; Haferkamp; Serane; Rojas), dos quais nem *abstracts* podem ser obtidos. Há referências leigas obtidas na Web de publicações mais antigas, sem que se possam obtê-las. Essas publicações mais antigas referidas nesses *sites* datam do início do século XX. No entanto, foram coletadas cinco referências de publicações da década de 1930, via Archives of Medical Research
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/01884409>: os artigos, três deles datando de 1935, um de 1934 e um de 1932, se referem ao uso da Auto-Hemoterapia em estados alérgicos (asma, anafilaxia e urticária) (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”, 2007).

O próprio relator realizou levantamento sobre pesquisas relacionadas à AH, mas, como anteriormente exposto, esses são reconhecidos como não legítimos, e há alguns esclarecimentos que tentam explicar o porquê desse não reconhecimento:

Das 91 indicações da base de dados referida (ver anexo), 26 não estão escritas em inglês, senão nos idiomas dos países em que foram publicadas: 3 em polonês, 6 em russo, 7 em alemão, 1 em chinês, 3 em espanhol, 2 em francês, e 4 em italiano. Desses 91 artigos, apenas 39 apresentam *abstracts* disponíveis e 18 estão em idiomas não identificados pela fonte. Sete dos 39 artigos com sumário/*abstracts* em inglês foram publicados na íntegra em idiomas diferentes. Apenas 29 estão redigidas em língua inglesa, tendo sido publicados em 15 revistas diferentes. Destas, 8 estão incluídas na relação de periódicos da CAPES (www.periodicos.capes.com.br). São elas: Archives of Medical Research, Journal of Alternative and Complementary Medicine, Medical Hypothesis, Mediators of Inflammation, Artificial organs, Free Radical Biology & Medicine, Clinical and Laboratory Haematology, Revista Cubana de Enfermería. (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”, 2007).

Ao que parece, o idioma no qual o trabalho foi publicado é um forte fator a ser levado em conta no que diz respeito ao quesito “relevância científica”, pois, caso o trabalho não possua, pelo menos, um *Abstract*, não possui significância. Confesso que fiquei pasmo, como a escrita se torna critério de avaliação? Essa questão daria mais do que seria de esperar, mas foge ao escopo de minhas discussões.

Assim, o relator passa a analisar cada uma das “formas” de AH (a Clássica, a Ocular, o Tampão Sanguíneo Peridural – TSP e a AH com tratamento químico e/ou físico do sangue). Irei me concentrar em apenas³¹ duas das análises feitas pelo relator do parecer aqui em questão: o TPS e a AH com tratamento físico e/ou químico do sangue. A análise do TPS revela o seguinte:

O procedimento denominado “*Tampão Sanguíneo Peridural*” (TSP) consta da injeção de sangue autólogo no espaço peridural para tratamento de cefaleia refratária (p.ex. após tentativas feitas com a administração com paracetamol, AINE, gabapentina, ou com a infusão intravenosa de líquido, etc.), em consequência de anestesia raquidiana. (...) **Existe uma literatura relativamente ampla acerca do tema “*tampão sanguíneo peridural*”, publicada inclusive em revistas reconhecidas internacionalmente, notadamente vinculadas à anestesiologia.**

Uma pesquisa na base de dados PubMed/Medline sobre “*epidural blood patch*”, como já mencionado, produziu 576 referências. **Uma crítica favorável** em relação a este procedimento é feita por Paech (2005), talvez a mais recente, (...) Uma busca na *Revista Brasileira de Anestesiologia* sobre o tema *tampão sanguíneo peridural* resultou em apenas um artigo (Silva *et al.*, 2003), onde dois outros do mesmo periódico são citados (*Ibidem*).

Desse modo, fica evidente que o TSP é aceito, tal aceitabilidade se dá devido ao fato de haver um grupo de profissionais a reivindicarem como importante técnica em “seu fazer”. Apesar de a forma como o sangue autólogo é utilizado no TSP ser diferente da forma como é utilizado na AH, é evidente (naquele é realizado em espaço peridural, neste, imediatamente em músculo), fica a pergunta: se o sangue autólogo, além de não fazer mau ao indivíduo que dela recorrer, ainda é benéfico, será que o princípio que a explica não pode servir de base à explicação da AH? Mas o relator ainda oferece mais análises, vejamos:

Outros procedimentos designados como Auto-Hemoterapia constam da administração de sangue venoso submetido à ação de algum agente químico ou físico (ozônio, radiação ultravioleta, etc.), por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea. Destes, o método mais usado, denominado em língua inglesa de *Ozonated autohemotherapy* (O3-AHT) ou, aproximadamente, *Auto-Hemoterapia com ozônio*, consta da administração de sangue ozonizado por via intravenosa (*AHT Major*), por infiltração ou por via intramuscular (*AHT Minor*). (...) Fica evidente que esses procedimentos são distintos em face de seus pretensos mecanismos de ação. Na *ozonioterapia por auto-hemotransfusão*, o agente terapêutico é o ozônio, que deve ser reconhecido, então, como um fármaco, visto que é a substância ativa do procedimento terapêutico em apreço (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”, 2007).

³¹ Realizo esta delimitação devido ao fato de estas duas formas de AH gozarem de certa legitimação nos termos do parecer aqui em análise emitido pelo CFM.

Nesse caso, o relator atribui o êxito da técnica ao uso de ozônio, e não à utilização de sangue autólogo. Desse modo, a epistemologia médica que orienta as pesquisas em saúde pauta-se numa adesão às técnicas das ciências naturais, principalmente sua metodologia cartesiano-mecanicista, ou seja, no paradigma clássico de ciência, e não na mecânica e física modernas, ou relativista (CAMARGO JR., 1992; TESSER; LUZ, 2008).

Analisando o material de campo, no que diz respeito à constituição da biomedicina moderna e sua adesão ao paradigma das ciências clássicas, à luz da teoria sociológica, aqui vale ressaltar a correlação com a teoria de Marx & Engels (1980) no que tange à separação entre trabalho manual e intelectual que dá suporte à teoria da divisão entre infra e superestrutura:

Esta consciência gregária ou tribal desenvolve-se e aperfeiçoa-se posteriormente devido ao aumento da produtividade, das necessidades e da população, que constitui aqui o fator básico. É deste modo que se desenvolve a divisão do trabalho que primitivamente não passava de divisão de funções no ato sexual e, mais tarde, de uma divisão “natural” do trabalho consoante os dotes físicos (o vigor corporal, por exemplo), as necessidades, o acaso, etc. A divisão do trabalho só surge efetivamente a partir do momento em que se opera uma divisão em ter o trabalho material e intelectual... E igualmente a partir deste instante ela encontra-se em condições de se emancipar do mundo e de passar à formação da teoria “pura”, teologia, filosofia, moral, etc. (MARX; ENGELS, 1980, p.37).

É claramente perceptível a desvalorização, em relação à problemática aqui em questão, do conhecimento prático. O CFM defende que a AH não seja praticada devido à falta de estudos (trabalho intelectual) sobre a mesma, no entanto, pude constatar, através das informações do médico Luiz Moura, que a prática (trabalho “manual”) da AH remonta a 1911-12 sem que haja, documentado, relatos de insucessos em sua utilização.

Nesse ponto é importante ressaltar que sou consciente de que a atividade científica possui uma dupla característica, ela tem uma dimensão prática, mas também uma dimensão teórica, sendo esta segunda, no paradigma clássico da ciência, ordinariamente superior à primeira, a prática está subordinada à teoria, como bem destacou Canguilhem (2000), na ciência moderna, “é preciso saber para agir”.

Ainda com os escritos de Marx & Engels (1980), pude compreender o seguinte:

Os pensamentos da classe dominante são também, em todas as épocas, os pensamentos dominantes, ou seja, a classe que tem o poder material dominante numa dada sociedade é também a potência dominante espiritual. A classe que dispõe dos meios de produção material dispõe igualmente dos meios de produção intelectual, de tal modo que o pensamento daqueles a quem são recusados os meios de produção intelectual está submetido igualmente à classe dominante (...) Reencontramos aqui a divisão de

trabalho que antes encontramos como uma das forças capitais da história. Manifesta-se igualmente no seio da classe dominante sob a forma de divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho material, a ponto de encontrarmos duas categorias diferentes de indivíduos nessa mesma classe. Uns serão os pensadores dessa classe (...), e os outros têm uma atitude mais passiva e mais receptiva face a esses pensamentos e a essas ilusões (...) (MARX; ENGELS, 1980, p.55-56).

Marx & Engels (1980) queriam chamar atenção para o fato de haver uma relação estreita entre infra (bases materiais da sociedade) e superestruturas (formas subjetivas da sociedade, tais como: crenças religiosas, sistemas políticos, sistemas de pensamento em geral, inclusive o científico), bem como para o fato de quem dominar um, efetivamente, dominar o outro, ou seja, quem dominar os meios de produção da vida material, domina, necessariamente, os modos subjetivos da sociedade, a forma como, em última instância, produz sua própria realidade.

Trazendo essa discussão teórica para a realidade aqui em estudo, tem-se o seguinte; o CFM, enquanto órgão compositor do Estado brasileiro³², portanto, é o responsável legal por produzir e emitir julgamentos sobre a realidade da saúde, sendo

32 Esta é uma discussão jurídica que não disponho de tempo e espaço para desenvolver, no entanto, a título de informação, o STF alerta para o seguinte fato: “Aliás, a 06 de agosto de 1998, o Plenário desta Corte, julgando o MS nº 22.643-9-SC, de que foi Relator o eminente Ministro MOREIRA ALVES, por votação unânime, decidiu (DJ de 04.12.98, Ementário nº 1.934-01): (...) Os Conselhos Regionais de Medicina, como sucede com o Conselho Federal, são autarquias federais sujeitas à prestação de contas ao Tribunal de Contas da União por força do disposto no inciso II do artigo 71 da atual Constituição. (...) Destaco do voto do ilustre Relator e condutor do acórdão, esta passagem: ‘Esses Conselhos - o Federal e os Regionais - foram, portanto, criados por lei, tendo cada um deles personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira. Ademais, exercem eles a atividade de fiscalização de exercício profissional que, como decorre do disposto nos artigos 5º, XIII, 21, XXIV, e 22, XVI, da Constituição Federal, é atividade tipicamente pública. Por preencherem, pois, os requisitos de autarquia, cada um deles é uma autarquia, embora a Lei que os criou declare que todos, em seu conjunto, constituem uma autarquia, quando, em realidade, pelas características que ela lhes dá, cada um deles é uma autarquia distinta’”. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo292.htm>>. Sendo assim, o CFM (bem como os conselhos regionais), enquanto autarquia, faz parte da administração pública indireta: “A administração pública no Brasil se divide em direta e indireta. No âmbito do Executivo Federal, a primeira é composta pela Presidência da República, os ministérios e as secretarias especiais. Já a administração indireta é composta por órgãos com personalidade jurídica própria, mas que desempenham funções do Estado de maneira descentralizada e em todas as esferas – federal, estadual, distrital e municipal. As fundações públicas, agências executivas e reguladoras, empresas públicas são alguns exemplos de autarquias – órgãos que integram a administração pública indireta. São criadas por meio de uma lei com a finalidade de executar uma atribuição específica. Podem ser vinculadas à Presidência da República ou a ministérios. O patrimônio e receita são próprios, mas sujeitos à fiscalização do Estado. Estas organizações têm como funcionários, servidores públicos. Assim como ocorre nos órgãos da administração direta, os servidores precisam ser aprovados em concurso público – embora a Constituição permita a existência de cargos comissionados em funções de chefia, direção e assessoramento. Elas estão em funcionamento nas mais diversas áreas. Alguns exemplos de autarquias no Governo Federal são o Banco Central (BC), as agências reguladoras, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep) e órgãos como o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) e também as universidades federais. A mesma classificação também se aplica à Petrobras e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/estrutura/autarquias>>.

assim, irá construir os meios pelos quais serão validados os conhecimentos em saúde, como fica claro no trecho a seguir:

Enfim, não existem evidências confiáveis em revistas científicas de elevado padrão de que a Auto-Hemoterapia seja efetiva para qualquer doença em seres humanos. Não existem estudos que demonstrem sua segurança. Da mesma forma, não há sequer pesquisas em animais que informem acerca de algum parâmetro farmacológico de interesse clínico. Ela, no entanto, não é um método terapêutico pseudocientífico, pois pode ser testada com rigor. Isso não lhe confere um átimo de validade, senão a possibilidade de ter algumas de suas indicações devidamente testadas. Em conclusão, a auto-hemoterapia não foi submetida a testes genuínos, não foi corroborada, e nada há, além de indícios, casos isolados narrados com dramaticidade, que pouco se prestam a provar coisa alguma perante a ciência e que ampare o seu valor, sendo o seu uso atual em seres humanos uma aventura irresponsável (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”, 2007).

Tendo em vista o que foi exposto sobre o TPS e o PRP, indago-me, como se pode legalizar, reconhecer cientificamente e, em fim, atribuir um valor social a uma prática que se baseia, fundamentalmente, no uso de sangue autólogo como método terapêutico (caso do PRP e TSP) e refutar, seguindo a mesma linha de pensamento, uma prática que possui “fundamentação semelhante” às anteriores (caso da AH)? Como se diz ser legítimo um profissional anestesiológico basear sua terapêutica no uso do sangue do próprio sujeito a fim de obter um menor índice de dor de cabeça pós-anestesia raquidiana e, em seguida, afirmar ser ilegal que profissionais de saúde utilizem de técnica semelhante a fim de obter a cura de doenças autoimunes? Como enxergar a legalização do uso de sangue autólogo, após passar por mecanismo de centrifugação, em tratamento de lesões ocorridas em joelhos, tendões, articulação, etc. de esportistas e ver que o sangue autólogo não tratado fisicamente (através do uso da centrífuga) é considerado uma espécie de interdição?

Desse modo, é possível afirmar que o CFM, apesar de não descartar o fato de a AH poder vir a ser estudada, não confere “um átimo de validade” à sua forma convencional, realizando tal julgamento baseado numa alegada falta de estudos legitimamente desenvolvidos, ou seja, que obedeçam aos padrões da moderna biomedicina. O CFM alega que a AH não obedece aos parâmetros metodológicos exigidos, mesmo sendo facilmente constatável, no mínimo, o não malefício ao corpo humano, no entanto, age dessa forma devido ao fato de ele ter o dever de salvaguardar a legitimidade de produzir uma “versão” legal sobre o tratamento médico legal.

Uma dessas controvérsias observo no seguinte fato; assim como defendem alguns teóricos nas ciências sociais, a exemplo de Bourdieu, Latour, entre outros, não há como conceber a separação entre teoria e prática. Sendo bastante cuidadoso no olhar, é possível ver que tanto defensores quanto opositores da AH veem a possibilidade de produção de

conhecimento sobre a AH separada em dois momentos: um prático e outro teórico. Os defensores “admitem”, como foi visto na fala anteriormente transcrita de um médico, que inicialmente a prática (por ele denominada, empiria) foi o norteador dos conhecimentos sobre a técnica aqui em questão, e atribuem a pesquisadores brasileiros a sistematização teórica conseguida posteriormente à prática. Já os opositores, igualmente ao grupo anterior, concebem que os estudos teóricos precedem as observações e desenvolvimentos práticos.

Tanto defensores quanto opositores defendem um ponto de partida para o desenvolvimento e produção de conhecimento ao se referirem aos estudos na área da saúde, pontos de vista, paradoxalmente, opostos e ao mesmo tempo unívocos. Opostos por preconizarem uns a prática e outros a teoria como marcos da produção de conhecimentos, e unívocos ao defenderem que este exercício de produção de conhecimento apenas é possível admitindo uma separação entre teoria e prática.

Não estou afirmando, no caso dos opositores, que estes desprezem o fato de estudos clínicos darem uma maior força de evidência à produção científica, no entanto, vejo que prezam muito mais, e talvez até anteriormente aos estudos clínicos, os estudos teóricos. Essa discussão fornece muito “pano para manga”, fomenta uma profunda discussão teórica sobre a produção de conhecimento, assunto discutido no capítulo IV.

Do ponto de vista prático, esta é a principal controvérsia que percebo, o fato de ser utilizada uma argumentação (científica, no caso em questão) para desqualificar um determinado fenômeno social (a AH) e pretender que este discurso, sem passar por transformações (uma vez que continua pautando-se na linguagem científica, sem que, no entanto, seja usada da mesma forma) dê legitimidade ao uso do mesmo princípio terapêutico (manipulação de sangue autólogo) quando de seu manuseio por determinada parcela da comunidade biomédica.

No entanto, outra controvérsia pode ser observada a partir da fala de um dos médicos defensores:

[A AH é] Uma prática que usa uma técnica, mas é uma prática só. Não é uma, não tem uma metodologia. O que houve com o CFM? Eles fizeram uma coisa grave, foi dizer que a AH estava suspensa porque não tinha, não tinha como ser provada. Há um, há a prática de você fazer, na medicina, é, homeopata não tem prova nenhuma. A medicina homeopática não tem prova nenhuma [entendi que o que o médico quis dizer é que a proibição da AH baseada em uma alegada falta de cientificidade é controversa devido ao fato de, segundo ele, a homeopatia não ser provada cientificamente e, no entanto, ser legalizada] e não é considerada medicina, sem prova nenhuma?! Ela não pode ser replicada em ninguém porque o remédio é passado para você, exclusivamente. Então como é que usa uma lógica para uma e não usa para a outra?! São duas práticas! [neste momento, pergunto ao médico se a acupuntura estaria no rol das práticas não replicáveis, ao que ele responde que não]. Não! Mas hoje já tem, a acupuntura já tem, já

tem trabalhos mostrando a inervação a se estimular, já tem, já tem. A acupuntura já está mais ou menos. Mas não é por causa da fé que os médicos botam, certo. Bem especificamente. Para a, a homeopatia é que não tem nenhum, porque cada trabalho, cada medicação, cada tratamento é feito para uma pessoa, quer dizer que não pode ser replicado. Então eles usaram para proibir a AH, uma coisa que eles não exigiram na homeopatia. Isso eu acho que foi o grande erro deles [Depoimento de médico-defensor entrevistado em Recife].

Ou seja, a fala desse interlocutor, o CFM e a ANVISA usaram de dois pesos e duas medidas em suas decisões referentes à AH e à Homeopatia. Ou seja, para a homeopatia³³, os referidos órgãos de saúde, mesmo sabendo não ser uma prática baseada nos parâmetros de racionalidade biomédica, ou seja, que se pautasse nas ciências clássicas como referente, optaram por sua legalização. No entanto, com relação à AH, decidiram vê-la como uma prática que não obedece aos padrões científicos clássicos e, desse modo, proibi-la de ser praticada pelos profissionais de saúde.

3.2 – Os defensores da AH: seus argumentos

Como anteriormente expus, ainda que de forma breve, analiso a presente questão tomando os posicionamentos em relação à AH entre opositores e defensores da AH. No entanto, os desdobramentos de tal problemática não podem ser reduzidos apenas a “contrários” ou “a favor” da prática, haja vista que, mesmo entre os indivíduos que comungam o fato de apoiarem, ou não, o uso da AH, os defensores desses dois posicionamentos divergirem entre si. Por exemplo, entre os que advogam a legalidade/cientificidade da “técnica”, há os que defendem o uso da mesma de forma clássica, sem que nenhum tipo de tratamento seja atribuído, tanto químico quanto físico, ao sangue do sujeito. Essa é uma posição mais recorrente entre profissionais mais antigos, que se encontram, segundo pude observar, mais distantes de entidades de pesquisa. Esses sujeitos construíram uma visão sobre a biomedicina um tanto quanto mais flexível em relação a uma visão mais “dura”, que podemos encontrar em profissionais próximos aos

³³ Um dos exemplos de racionalidade médica estudada pelo grupo Racionalidades Médicas foi a Homeopatia. Sobre essa temática, tem-se o seguinte: “Os estudos do grupo aprofundaram-se em vários aspectos socioepistemológicos e históricos das práticas, dos saberes e da interação sociopolítica de algumas dessas medicinas mais presentes no Brasil, como a homeopatia (...) a homeopatia trabalha geralmente com boa dose de individualização interpretativa e terapêutica nos seus ambientes muito esotéricos. Mas pode ser trabalhada, na prática intermediária e no uso popular (exotérico), com integralidade bem menor, sem ampla abordagem ou grande integração dos aspectos dos adoecimentos, apresentando eficácia relativa. Ou seja, pode ser usada quase sem escrúpulo individualizador, com baixo ‘coeficiente de integralidade’, ao modo sintoma-remédio, como se faz com a dipirona no mundo biomédico. Nesses usos, a homeopatia apresenta, como outras racionalidades, vários graus de eficácia e efetividade relativa, com maior ou menor integralidade sob o ponto de vista dos seus círculos esotéricos” (TESSER; LUZ, 2008, p.199).

grandes centros de pesquisas ou a hospitais que possuem relação com pesquisas, a exemplo dos Hospitais Universitários.

Outro tipo de defesa da AH detectei no profissional médico, ligado a um hospital de referência, o médico entrevistado em Recife. Nesse caso, esse defensor advoga que a técnica deve passar por processos de “racionalização”, ou seja, devem ser aplicados métodos tecnológicos inovadores, a exemplo do PRP. Acredito que mais profissionais possuem posicionamento semelhante no que diz respeito a essa questão. Esse grupo específico defende que a técnica passe por um processo de *normatização*, processo este que antevê pesquisas biomédicas (lembrando, uma biomedicina racionalista/cartesiana baseada no modelo científico da mecânica clássica), a exemplo da fala deste informante:

[Quase finalizando a conversa, pergunto se, desde o surgimento da AH, ele acha que houve alguma mudança na prática da técnica aqui em questão, ao que ele responde]. *O problema é esse também. Não houve mudança nenhuma! Está sendo feita a mesma coisa para todo mundo. E se você pegar a composição do sangue de um cara de 1902 e 1912 [acho que ele quis dizer 1902/2012, mas, no momento da entrevista, esse detalhe não foi percebido nem por mim nem pelo o médico entrevistado], até a composição é diferente. (...) Não houve mudança ainda e eu acho que tem que ser estudado. Agora infelizmente, assim, tudo o que é estudado por, pela, pela, tudo que é terapêutica que não é estudado pelo meio científico médico, fica meio escanteado, né! Não tem estudo... As pessoas querem estudo, querem trabalhar, querem ver o seguinte: dá certo, dá, não dá, não dá, pronto, vamos embora. Quando não tem esse acervo (estudos representativos) fica difícil.* [Depoimento de médico-defensor entrevistado em Recife].

Os elementos mais importantes da entrevista são: quem diz a validade da arma terapêutica é “o meio científico médico”, são os médicos cientistas que possuem “poderes” para emitir veredictos sobre os conhecimentos que são produzidos e que se pretendem científicos. A fala transcrita refere-se a um informante favorável à legalização da AH, no entanto, seu posicionamento se diferencia em relação a outros defensores que advogam o uso da AH propriamente dita, como o médico Luiz Moura.

Ele acredita que um grande passo para que seja reconhecida a cientificidade da AH é o uso legalizado do PRP. Para esse interlocutor, já se iniciou um processo de normatização, uma vez que já é reclamado por médicos cirurgiões ligados à ortopedia, mesmo que sob a nomenclatura de PRP, o uso de sangue *in natura* como terapia científica.

3.2.1 Aplicação da técnica do PRP (Plasma Rico em Plaquetas) na medicina esportiva

O CFM admite diversificadas formas de AH, entre elas, modos que aplicam algum tipo de tratamento ao sangue autólogo antes deste ser administrado no indivíduo, um destes

tratamentos é conhecido como Plasma Rico em Plaquetas – PRP, hoje usado na medicina desportiva para recuperar atletas com lesões musculares, entre outras.

Em reportagem transmitida pela emissora Rede Globo³⁴, podemos ter uma ideia do uso desta técnica:

Apresentador: Você já imaginou curar uma contusão grave tirando e reinjetando o sangue do seu próprio corpo? **Apresentadora:** Essa nova técnica de cirurgia vem revolucionando a medicina esportiva. Mas será que ela dá resultados? [Durante a explanação inicial do repórter, são mostradas imagens de jogadores, tais como Ronaldo “Fenômeno”, e outros, no momento em que sofreram lesões graves] **Repórter:** É difícil escapar delas! As lesões escancaram a parte cruel da rotina de quem escolheu o esporte como profissão. Elas comprometem jogos, temporadas. E podem até encerrar carreiras. Só que uma revolução silenciosa da ciência vem transformando essa realidade. Um novo procedimento médico está reduzindo drasticamente o tempo de recuperação de lesões esportivas. E não é nada que precise de máquinas tecnológicas ou cirurgias complicadas, basta algo bem mais simples: o sangue do próprio atleta! **Médico:** “Em vez de ficar três meses parado ou quatro, fica um mês e meio, e consegue retornar às atividades”. **Repórter:** A técnica responsável por esta mudança é conhecida pela sigla PRP, que significa Plasma Rico em Plaquetas. Para explicá-la, vamos recorrer à história desse professor e atleta de taekwondo. Cláudio Ricardi rompeu o ligamento cruzado do joelho direito, lesão muito comum entre atletas. Demorou seis meses para voltar a lutar (com o tratamento convencional). Algum tempo depois, o pior aconteceu! **Fala do atleta Cláudio:** Na hora eu escutei o estalo, né! Quando estala... É a segunda lesão que eu tenho, né! Já vi que tinha algum problema ali. **Repórter:** E tinha mesmo, Cláudio rompeu o ligamento novamente. Entrou em desespero, mas dessa vez recebeu dos médicos a notícia de que poderia acelerar a recuperação utilizando o próprio sangue. Cláudio desconfiou. **Atleta Cláudio:** E na hora eu fiquei meio descrente, né. Não acreditei³⁵ [Reportagem televisiva].

O apresentador iniciou a reportagem expondo exatamente o que venho a identificar como controvérsia, o uso de sangue autólogo no tratamento médico. O PRP já está sendo amplamente utilizado em determinadas especialidades médicas, como é o caso da medicina desportiva, para o tratamento de determinadas lesões.

A reportagem continua:

Repórter: Ele encarou um procedimento [o atleta anteriormente citado] simples [nesse momento o vídeo mostra uma pessoa que tem seu sangue retirado da região da prega do braço e mostra-se o material colhido sendo levado para uma máquina especializada em centrifugar o sangue], funciona assim: o sangue do paciente é retirado com uma seringa e vai para uma

³⁴ Programa que foi transmitido em 10/01/2010 na emissora de televisão Rede Globo, Esporte Espetacular. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=Tp6XIRmhuTE>>.

³⁵ Vale ressaltar, mais uma vez, que apesar de o PRP não utilizar sangue *in natura*, e sim sangue que passa por tratamento físico (ele é centrifugado a fim de separar as plaquetas do sangue que é defendida como o agente regenerativo no processo de tratamento de lesões), pergunto-me se as plaquetas não estariam presentes no sangue natural, e se estiverem, não apresentaria o mesmo resultado aplicar o sangue sem ser centrifugado?

centrífuga. Lá é possível separar bem as plaquetas. Trata-se de uma substância com alto poder analgésico e regenerativo [nesse momento, a reportagem mostra uma animação que tenta passar a ideia de uma reconstrução nos tecidos do corpo humano, uma espécie de remodelagem do corpo] para músculos, ligamentos, tendões e cartilagens. **Médico Carlos Henrique Bittencourt (médico e pesquisador):** Se você então levar essas plaquetas ao foco de fratura, por exemplo, ou uma lesão muscular, você vai acelerar essa regeneração. **Repórter:** O médico então injeta o plasma no paciente.

Mais uma vez se faz importante ressaltar que o PRP, assim como o TSP e outras formas de uso de sangue autólogo aqui apresentadas, difere da AH. No caso do PRP, a diferenciação se dá devido ao fato de o sangue autólogo passar por um tratamento físico, no entanto, um questionamento surge: como pode a biomedicina (através do parecer do CFM) aceitar como científico que uma parcela do sangue autólogo (como é o caso do procedimento conhecido como PRP) possua todas essas qualidades terapêuticas, portanto, não tentando desqualificá-lo enquanto método terapêutico, e em seguida entender como não válida a aplicação do sangue autólogo em sua totalidade (ou seja, sem prévio tratamento, seja químico ou físico)? Algo há de contraditório nesse posicionamento. Pergunto-me se esta *controvérsia* possui correlação com outra esfera social, a saber, a econômica³⁶, pois, apesar de meu quase nulo conhecimento em biologia, acredito ser pouco provável que as plaquetas, tão enaltecidas no procedimento denominado PRP, inexistam no sangue *in natura*.

Se eu estiver certo em minha especulação, leiga, diga-se de passagem, o sangue *in natura* tem as mesmas propriedades regenerativas louvadas pelos defensores do PRP. Sendo assim, se uma parcela de sangue autólogo (Plasma Rico em Plaquetas, obtido através de centrifugação) não faz mal ao ser readministrado em tecidos do corpo do indivíduo em tratamento. Mas talvez essa lógica de pensamento possa sofrer interferências, apesar de até alguns defensores (como o médico entrevistado em Recife) não acreditarem nessa possibilidade, de outras esferas sociais, como a econômica, por exemplo. Vejamos:

Médico ortopedista: Além de você prolongar a carreira do atleta, você diminui o tempo de permanência do atleta no departamento médico, e economicamente pro clube é uma grande vantagem, ele deixa de pagar um salário de três meses pra um atleta inativo.

³⁶ A dimensão econômica desta problemática fica mais aparente quando se pega escalas do tipo sugeridas por Giovanini e Norberto (2009, p.57): “Os tratamentos atuais para as doenças autoimunes são baseados no uso de corticosteroides e imunomoduladores, como o Interferon, que apresentam um alto custo mensal (2.400,00 a 5.600,00), e apenas diminuem a morbidade, favorecendo uma melhor qualidade de vida ao paciente, já que não existe cura; além disso, apresentam uma série de efeitos adversos graves. (...) Por apresentar relação custo x benefício x eficácia satisfatória, a auto-hemoterapia (AHT) tornou-se um tratamento requisitado no Brasil, despertando interesse de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, em especial as autoimunes, que apresentam pouca ou nenhuma melhora em seus quadros clínicos com os métodos tradicionais.”

Dessa forma, enxergo que além dos meandros referentes às concepções biomédicas que permeiam a proibição da prática da AH, ainda há pelo menos três pontos de influência que se referem ao domínio da economia. Primeiro: o fato de a AH Clássica não necessitar de mais que agulhas e seringas para a realização do procedimento, ou seja, são produtos de baixíssimo custo, que não dariam grandes lucros à indústria de material médico-hospitalar. Segundo: mesmo que fossem realizadas pesquisas no intuito de dar legitimidade científica à técnica, essas pesquisas, provavelmente, não produziriam insumos geradores de capital econômico. Terceiro: a indústria farmacêutica também deixaria de lucrar com a venda de remédios, que são protagonistas nos tratamentos convencionais, isso para não pensar que, se seguirmos a lógica que a técnica da AH potencializa o sistema imunológico, prevenindo, assim, contra o adoecimento, diminuiriam os gastos com remédios, e tendo fortalecido o organismo e tornando-o mais resistente, dificilmente adoeceríamos.

É assim que o médico Luiz Moura, apontando os estudos de Jêsse Teixeira e Ricardo Veronesi, e posteriormente Geovanini e Norberto, como pesquisas explicativas tanto do funcionamento do sistema imunológico humano, quanto do mecanismo de ação da AH sobre este sistema.

Por sua vez, os críticos dizem que a imunologia avançou bastante para deduzir que este elemento (macrófago) defensor não é o mais importante do sistema imunológico, como pensam os seus defensores. Consequentemente, não se pode atribuir àqueles (macrófagos) o sucesso ou não sucesso, já que se alega não haver estudos sistemáticos que provem o real fortalecimento imunológico.

3.2.2 – O TSP (*Tampão Sanguíneo Peridural*)

No parecer emitido pelo CFM, vê-se que na definição dada pelo parecerista em relação ao que se conhece por Tampão Sanguíneo Peridural (TSP), tenta-se justificar a semelhança entre este e a AH no que se refere aos procedimentos práticos, ou seja, o princípio da utilização de sangue autólogo como “ferramenta de cura”, seguindo a argumentação de que o TSP é cientificamente corroborado por pesquisas científicas:

O procedimento denominado “*tampão sanguíneo peridural*” (TSP) consta da injeção de sangue autólogo no espaço peridural para tratamento de cefaleia refratária (p.ex. após tentativas feitas com a administração com paracetamol, AINE, gabapentina, ou com a infusão intravenosa de líquido, etc.), em consequência de anestesia raquidiana. Tal cefalalgia parece relacionada à redução da pressão intracraniana, provavelmente devido à perda de líquido cefalorraquídeo (LCR) através da perfuração das

meninges. A magnitude da perda de LCR está relacionada com as dimensões das lesões produzidas pelas punções, sendo mínima quando se trata de agulha de fino calibre (Oliveira Júnior, 2007; Weil, Gracer e Frauwirth, 2007; Imbeloni e Carneiro, 1997). A técnica consta da administração de sangue, retirado do próprio paciente, por injeção peridural (Safa-Tisseront, Thormann, Malassine *et al.*, 2001) (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”, 2007).

Assim, vejo que isso significa o seguinte: do mesmo modo que a AH, o TSP utiliza sangue autólogo (apesar de este sangue autólogo e *in natura* ser administrado em partes diferentes do corpo, sendo a AH injetada em músculo do braço ou nádega; e o TSP, em espaço peridural³⁷), no entanto, esse procedimento é aceito como cientificamente válido por conta de ser amplamente usado em uma área médica, com estudos científicos realizados, ou seja, esse procedimento já está normatizado/racionalizado³⁸ pela anestesiologia.

A argumentação da cientificidade da mencionada técnica se dá da seguinte forma:

Existe uma literatura relativamente **ampla** acerca do tema “*tampão sanguíneo peridural*”, **publicada inclusive em revistas reconhecidas internacionalmente**, notadamente vinculadas à anestesiologia. Uma pesquisa na base de dados PubMed/Medline sobre “*epidural blood patch*”, como já mencionado, produziu 576 referências (...) **Uma crítica favorável em relação a este procedimento** é feita por Paech (2005), talvez a **mais recente** (...) Uma busca na *Revista Brasileira de Anestesiologia* sobre o tema *tampão sanguíneo peridural* resultou em apenas um artigo (Silva *et al.*, 2003), onde dois outros do mesmo periódico são citados (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”, 2007).

Vê-se que o TSP é aceito cientificamente pelo fato de ter havido pesquisas que dão uma aplicabilidade direcionada, específica (na área da anestesiologia médica). Essa técnica apenas é aceita pela comunidade científica por ter sofrido um processo de sistematização, ou linguagem sociológica, normatização. Nas palavras de um médico a quem entrevistei: “Pronto, aí já é uma, **já uma normatização**” [grifo meu]. Essa fala refere-se ao fato de um médico/defensor acreditar que a AH Clássica não é legalizada e reconhecida como cientificamente válida por conta de não ter sofrido um processo de “normatização”, que seria o ato de ser tomada por uma especialidade médica que a estudaria a fim de conhecer os limites e as possibilidades do uso da mencionada técnica. Essa ideia de “normatização”, no fundo, traz em seu bojo o princípio de racionalização desenvolvido pelo clássico Weber (1999), posteriormente aprofundado por pesquisadores que estudam a racionalidade médica (CAMARGO JR., 1992, 1997; LUZ, 2011).

³⁷ *Grosso modo*, o espaço peridural é o local onde é administrado um tipo de anestesia realizada através da coluna. Disponível em: <http://www.digimed.ufc.br/wiki/index.php/Anestesia_peridural_e_subaracn%C3%B3idea>. Acesso em: 20/02/2013.

³⁸ A discussão sobre racionalização está presente no capítulo IV.

Nesse sentido, a ideia de normatização exprime o que podemos entender como sendo um conjunto organizado de preceitos racionais. Já a *prática* traduz uma dupla ideia; aquilo que “o médico faz”, seja nos consultórios, seja nos hospitais e aquilo que se faz nos laboratórios, ou seja, pesquisas. *Técnica* (em conformidade com a conceitualização teórica apresentada no capítulo I) indica que certa *prática* – aqui com o sentido da atividade desempenhada por profissionais da medicina em suas clínicas, consultórios e hospitais – de cura já foi amplamente estudada e compõe o “cabedal de práticas médicas” oficial, expressa a ideia de domínio da arte, do ofício, de um modo específico de cura.

Nos estudos realizados em torno das racionalidades médicas, Camargo Jr. expõe que:

Uma das racionalidades estudadas no âmbito desse projeto [Projeto Racionalidades Médicas] foi a Medicina Ocidental Contemporânea ou, mais resumidamente, *Biomedicina*. A opção por esta última denominação deve-se, além de sua maior concisão, ao fato de esta refletir mais adequadamente a vinculação dessa racionalidade com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia, conforme descrito mais adiante (CAMARGO JR., 1997, p.178).

Por “normatização”, vejo que se queira fazer referência ao “processo de racionalização” e de “institucionalização” dos conhecimentos. Essa é uma ideia weberiana na qual as sociedades ocidentais, de forma gradativa, aumentariam o grau de racionalidade de suas ações, ou seja, pouco a pouco, as ações sociais nesses grupos sociais se dariam seguindo uma racionalidade com relação a fins, que, segundo Weber (1999), seria o tipo puro de ação social mais racional possível.

3.3 – Opositores: O parecer do CFM (e o posicionamento da ANVISA)

O parecer aqui em questão possui um contexto de surgimento, ele foi emitido em 2007, supostamente a pedido da ANVISA. A ANVISA, órgão que alegou seu dever de garantir a segurança da saúde pública como pretexto para solicitar ao CFM que se pronunciasse a respeito da AH.

O documento referente ao posicionamento do CFM avaliando a AH é encontrado no site dessa entidade³⁹ com a seguinte denominação: Processo- -Consulta CFM Nº 4.275/07 – Parecer CFM Nº12/07. Ao iniciar as análises sobre o presente documento, surpreendi-me com, entre outras coisas, o fato de a organização do mesmo obedecer a uma estrutura de artigo científico, ou ainda de diretrizes disciplinares referentes às “cadeiras” de algum curso acadêmico.

39 <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2007/12_2007.htm>

Tal parecer está dividido da seguinte forma: “**Capa**” (INTERESSADO: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; ASSUNTO: Auto-Hemoterapia; RELATOR: Munir Massud); **Ementa; Tópicos e Subtópicos** (Prolegômenos; Tampão Sanguíneo Peridural; Auto-Hemoterapia com Sangue tratado por algum Agente Químico ou Físico; Ozonioterapia por Auto-Hemotransfusão; Auto- -Hemoterapia para queimaduras oculares; Auto-Hemoterapia propriamente dita; Análise do Trabalho *Complicações Pulmonares* de Jêsse Teixeira; Análise do Estudo do Dr. Jêsse Teixeira; Trabalho de Revisão do professor Ricardo Veronesi) e **Conclusões**.

Logo no início da ementa, são expostas as ideias gerais contidas no documento: *“Este parecer se refere ao procedimento denominado de auto- -hemoterapia, acerca do qual a literatura disponível é criticamente analisada. Seguem-se conclusões pertinentes a essa análise”* (CFM, 2007)⁴⁰, bem como os pressupostos contidos no mesmo, do tipo, qual a definição de ciência defendida no parecer.

Em seguida, nos “prolegômenos”, o documento tangencia uma rápida etimologia referente à palavra Auto-Hemoterapia, na qual são expostos os radicais que dão origem à palavra, entre outras coisas. Ainda nessa parte, são apresentadas diversas “formas” de Auto-Hemoterapia: Auto-Hemoterapia propriamente dita (ou clássica); Auto-Hemoterapia ocular (subconjuntival); Tampão sanguíneo peridural; Auto-Hemoterapia com sangue submetido à ação de certos agentes (químicos e/ou físicos). No corpo do parecer, são apresentadas análises sobre as diferentes formas de AH. Vejamos:

De acordo com os dicionaristas Houaiss e Vilar (2001), a Auto-Hemoterapia [gr. *autos* ‘mesmo’ + gr. *haîma* ‘sangue’ + gr. *therapeía* ‘cuidado, atendimento, tratamento de doentes’] corresponde ao *tratamento de certas doenças pela retirada e nova injeção do sangue do próprio paciente*. O mesmo significado é admitido no DORLAND’S ILLUSTRATED MEDICAL DICTIONARY: *treatment by reinjection of the individual’s own blood*, que define também auto-hemotransfusão (*autohemotransfusion*) como *the withdrawal of a small amount of venous blood and reinjection directly into the same individual*. Esses dois vocábulos também são assim definidos por Aurélio B. H. Ferreira (1999), mas O STEDMAN’S MEDICAL DICTIONARY (2000) a eles não se referem. A Auto-Hemoterapia, de acordo com o que se depreende da literatura, compreende vários procedimentos distintos. Dentre estes podem ser incluídas a readministração do sangue estocado do próprio paciente e a administração intravenosa de sangue extravasado para a cavidade pleural, que não são objetos deste parecer (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”, 2007).

40 Assim como a maioria dos documentos e leis que consultei, apenas os obtive *on line*, por consequência, os mesmo não possuíam paginação, daí o motivo de algumas das citações não possuírem a página.

Em 2007, quando a AH “explodiu” na mídia televisiva, surgiu uma grande polêmica em torno do caráter de legitimidade em que se baseava, considerando a natureza científica do procedimento.

Muitas pessoas buscavam, junto aos órgãos responsáveis, informações sobre a AH. Por conta disso, a ANVISA solicitou ao CFM que se pronunciasse com relação ao “problema” e, como consequência, foi emitido um longo parecer que, penso, pretende-se ser científico (haja vista a formatação em que o mesmo foi desenvolvido: introdução, exposição do objeto, etc.). No entanto, não obedece aos requisitos que caracterizam a atividade científica, principalmente em se tratando da biomedicina, isto porque seria necessário apresentar estudos de caso (ou seja, estudos que utilizem a metodologia aceita como cientificamente válida, os RCCTs) e não é isto o que é apresentado no parecer, mas antes uma espécie de revisão de literatura.

Assim, a partir do trecho anteriormente transcrito, vejo que o especialista (que figura institucionalmente como representante dos opositores da AH), relator do parecer aqui em questão, que se coloca contra a utilização da AH, pauta seus posicionamentos em críticas à metodologia empreendida no estudo da AH. Pode-se, segundo o parecerista, inferir que a AH não obedece aos criteriosos métodos em medicina usados na atualidade. É um problema de método, como ressalta uma informante, ao ser questionada por mim sobre os recursos necessários para legitimar um trabalho científico na área médica:

É, a metodologia do estudo, né. Quer dizer, se é um caso controle, se é um ensaio clínico, quer dizer, qual é o método que você vai usar? Porque têm alguns métodos que se aplicam algumas perguntas, né. Então, dependendo da pergunta, da hipótese, do que você tá querendo saber, você vai usar esse ou aquele tipo de desenho, né, no estudo, pra poder ter uma evidência mais confiável. Isso, assim, para o pessoal que trabalha com metodologia científica, e tudo, tem, é, essas coisas já mais ou menos definidas, né, para você chegar a uma resposta, você tem que ter um bom método. Quer dizer, um método que já, reconhecidamente, seja capaz de responder àquele tipo de pergunta. Então têm métodos que se aplicam mais em tratamentos, têm métodos que se aplicam mais ao uso, é, farmacológico, para saber se uma droga é melhor ou não. Então tem algumas formas de você, se você achar uma droga, você já usa uma pesquisa randomizada duplo-cego. Entendeu? Têm algumas formas de trabalhar que já vão respondendo bem a alguns tipos de perguntas. [...] Num é que cada pesquisa tenha uma metodologia, mas existem metodologias que se aplicam melhor a determinados problemas, certo. E aí eles dão, dão uma validade melhor. Porque se, por exemplo, eu quero estudar um problema X e eu uso um desenho que não se aplica bem àquele tipo de estudo, quem ler que conhecer um pouco de metodologia científica já vai dizer, como é que você pode chegar a essa conclusão se você usou o desenho do estudo errado. Você tá entendendo? Então, mesmo que você, os dados que você tá, tá mostrando, eles perdem um pouco de confiabilidade porque o método que você usou não foi bom. Você tá entendendo? Então isso tem, isso tem que ser avaliado. E aí esses estudos que têm sobre AH não tinha uma sustentabilidade tão boa, né, para

“você dizer que ela resolve realmente o problema, né? (Depoimento de especialista em hematologia e hemoterapias, entrevistada em 2009).

O discurso dessa informante conduz para a discussão sobre a ciência, pois, segundo ela, o que legitimaria, ou não, a AH seriam estudos que se pautassem em pesquisas “duplo-cego randomizadas”. O problema do método na medicina, como anteriormente falado de forma breve, já havia sido levantado por Fleck (FLECK apud Canguilhem, 2000), além do próprio Canguilhem (2000), discussão esta que está desenvolvida no capítulo IV. O parecer, como anteriormente expus, passa a ideia de que existem estudos, ainda que poucos, sobre todas as formas de AH, alguns com mais, outros com menos “relevância” (este foi o termo utilizado pela informante anteriormente citada), mas existentes. Em relação à ozonioterapia, que é sinônimo de AH, após ser administrado um tratamento químico ao sangue, caracterizada pela adição de ozônio ao sangue do indivíduo em tratamento, o documento atribui ao ozônio o melhoramento de doenças, ou seja, o agente de “cura” é o produto químico, e não o próprio sangue do sujeito.

No parecer aqui em questão, foi mais aprofundadamente discutido o procedimento denominado AH propriamente dita ou Clássica (aquela que usa sangue *in natura* e aplicado em músculo), fato explicável por conta de ser ela que, segundo o parecerista, não possui estudos que a legitimem. Vejamos:

O procedimento que mais dúvidas suscita na atualidade, a ser discutido detalhadamente, será designado neste parecer, indiferentemente, pelas expressões “clássico” ou “*propriamente dito*”. Tal procedimento, **de maior antiguidade**, bem mais conhecido, também chamado de *auto-hemotransfusão*, corresponde à retirada de pequena quantidade de sangue por via intravenosa e administrado na mesma pessoa por via intramuscular, com a pretensa finalidade, alegada por alguns dos seus defensores, de “estimular o sistema imunológico” ou de atuar como “vacina autógena”, visando ao fim das contas tratar ou prevenir infecções e também tratar diversas doenças, *in anima nobili*, de **etiopatogenias distintas** [grifo meu] (PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07).

Esse documento, apesar de se voltar à análise mais aprofundada do que o relator do parecer convencionou denominar AH propriamente dita, ou clássica, apresenta formulações e “julgamentos” sobre outras “formas” de AH. Tomando as palavras em negrito, observo que há uma espécie de “preconceito” ao que é antigo, ao que não passou por um processo de modernização, ou pesquisas contemporâneas. Outro ponto que observo é o fato de haver uma desvalorização do que não tem especificidade, que não é normatizado, igualmente sofre preconceito: ao ser dito que a AH visa a tratar doenças com **“etiopatogenias⁴¹ distintas”**, o parecerista está usando termos rebuscados para afirmar

41 Segundo o dicionário virtual (on line); “sf (etio+patogenia): Termo Médico que designa estudo das causas das doenças ou do seu desenvolvimento”. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/etiopatogenia/>>

que a AH é uma espécie de panaceia, o que em medicina não é visto com respeito, como fica claro na fala do médico entrevistado em Recife, ao falar do uso da câmara hiperbárica:

Mas foram visto o seguinte, que na, na câmara hiperbárica, foram, e, foi visto o seguinte, que em ferimentos, infecções, melhoravam bastante. E começou a ser usada no mundo todo e começou a também ser usada o seguinte, gente que tava com o pé para ser amputado, aí botava na câmara hiperbárica, o que acontecia, o pé era amputado, mas melhorava a circulação e era amputado menos, o pé. Mas foi colocado como uma panaceia, caiu no descrédito. Hoje ninguém usa mais, a não ser a USP, que usa em casos isolados [Depoimento de médico-defensor entrevistado em Recife].

Desse modo, esse discurso, mesmo sendo proferido por um agente defensor da técnica, corrobora com a concepção usual no interior da medicina que não dá credibilidade a tratamentos que se propõem tratar variadas doenças. Tanto o médico defensor quanto o relator do CFM sustentam que os tratamentos e medicamentos devem possuir indicações específicas, sendo de caráter duvidoso os que se pretendem “polivalentes” (termo meu).

Assim, é perceptível que a medicina advoga para si a prerrogativa de julgar quais conhecimentos, na área de saúde, são ou não “verdadeiros”, partindo do pressuposto de que o conhecimento científico é socialmente mais valorizado que os demais. Além de haver esse movimento de defesa por parte da medicina, pelo poder de validar conhecimentos científicos, ainda há outro, a saber, o de defesa da posição de diagnosticar doenças e receitar tratamentos, algo que a técnica aqui em questão colocaria em xeque, caso fosse legalizada em sua forma clássica, uma vez que a figura médica estaria sendo colocada em escanteio pelo fato de que não haveria a necessidade de um diagnóstico prévio, já que uma das maiores indicações da AH seria a potencialização do Sistema Imunológico, sendo recomendável a todos os indivíduos.

CAPÍTULO IV

RACIONALIDADE, CIÊNCIA E AH: AS VARIADAS CONCEPÇÕES SOBRE O QUE É CIÊNCIA E BIOMEDICINA

Neste capítulo, discutirei mais aprofundadamente sobre a AH e o assunto racionalidade(s) biomédicas. Irei expor as duas principais concepções sobre ciência que consegui identificar na pesquisa de campo, tanto aquela apresentada por opositores, quanto a apresentada por defensores da AH. Posteriormente, discutirei a gênese do conceito de *racionalidades médicas* e sobre a definição de medicina.

4.1 – Racionalidade

Até o presente instante, falei muitas vezes em “racionalidade”, apesar de ter sido uma curta inserção, tentei inclusive esclarecer brevemente o que entendo por este conceito aplicado à biomedicina: “Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes” (TESSER; LUZ, 2008). Mas faz-se muito importante desenvolver de forma mais cuidadosa essa problemática. Como anteriormente mencionei, em nota de rodapé, assim como o grupo que criou o conceito *racionalidade* médica, inicialmente analiso a ideia de racionalidade desenvolvida por Weber (1999).

Weber não deixou uma obra exclusivamente dedicada à discussão em torno do conceito de *racionalidade*, no entanto, ele é central em sua teoria sociológica. Apesar disso, podemos juntar as “peças” desse grande quebra-cabeça teórico. Em *Economia e Sociedade* (WEBER, 1999), ao conceituar os ideais tipos de ação social, o autor escreve o seguinte:

A ação afetiva e a ação racional referente a valores distinguem-se entre si pela elaboração consciente dos alvos últimos da ação e pela orientação consequente e planejada com referência a estes, no caso da última. Têm em comum que, para elas, o sentido da ação não está no resultado que a transcende, mas sim na própria ação em sua peculiaridade (WEBER, 1999, p.15).

Anteriormente ao trecho aqui transcrito, o autor chama atenção para o fato de haver dois tipos de ação racional: racional com relação a fins e racional com relação a valores. Ambas possuem sua fundamentação no fato de se basearem no comportamento mental humano de “ponderar” (“calcular”) entre “meios e fins” (no caso da racionalidade relacionada a fins) ou entre valores morais utilizados como norteadores das ações dos sujeitos (no caso da racionalidade relacionada a valores). As operações ditas racionais são aquelas que se caracterizam por serem “elaborações conscientes” e “planejadas”, ou seja, são um exercício

intelectual de “calcular” num contexto societário (essa ideia de cálculo não pode ser confundida com as teorizações defendidas pelos autores do “utilitarismo econômico”, ela tenta expressar unicamente uma concepção da ação humana realizada de forma subjetiva, ou seja, em sua dimensão individual), ao “fazer” em sociedade.

Em *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo* (WEBER, 1904/2008), Weber realiza outras inserções abordando a problemática da racionalidade. Lá se encontra uma passagem que exemplifica o “comportamento racional”:

Onde a apropriação capitalista é racionalmente efetuada, a ação correspondente é racionalmente calculada em termos de capital. Isto significa que ela se adapta a uma utilização planejada de recursos materiais ou pessoais, como meio de aquisição, de tal forma que, ao término de um período econômico, o balanço da empresa em termos monetários (...) exceda o capital (...), isto é, o valor estimado dos meios materiais de produção utilizados para a aquisição na troca (WEBER, 2008, p.05).

Naquela pesquisa, que ultrapassa os limites dos estudos religiosos, Weber aponta como consequência não intencional (ou seja, algo que escapa à racionalidade que dá sentido à ação) da ascensão da moral protestante e predestinacionista, foi exatamente o desenvolvimento da “mais radical desvalorização de todos os sacramentos como meios de salvação e realizaram, assim, até as últimas consequências, a ‘desmistificação’ religiosa do mundo” (*ibidem*, p.104), o desencantamento do mundo. Dito de outra forma, com um mundo desmistificado, não mais é permitido ao homem conquistar de Deus a sua salvação (este processo era atribuído a concepções místico-religiosas da existência, daí Weber denominá-la de “mística” ou religiosa). A salvação não poderia mais ser alcançada através de ações e cultos coletivos, ou ainda por meio de atitudes individuais de penitência, autoflagelação, etc. O ser humano “descobriu” (desmistificou, através de uma racionalidade específica) que não poderia mais manipular as forças sobrenaturais, mágicas, etc. a fim de conseguir sua salvação. É a partir dessa desmistificação do mundo que Weber vê desencadear um processo de racionalização do mundo.

Com os protestantes acontece um “movimento” de racionalização, de desmistificação do mundo. Assim, quem passa a “salvar” o homem é Deus (sem haver intermediação de homens), com essa mudança de crença salvacionista, nós apenas podemos ter indicações dessa “salvação” através de um ascetismo laico, voltado para o mundo, apenas no trabalho é que podemos “ver” se somos “predestinados” a sermos salvos, somente em ação no mundo. Weber dedica uma parte significativa de seu trabalho na intenção de entender qual a relação existente entre a ascese laica (esse “louvor” à vida no mundo) e o “espírito” do capitalismo. O autor argumentava que o “centro” dessa discussão pode ser definido na ênfase que as igrejas protestantes dão à produção de

riqueza, não diretamente, mas como efeito não propositado da ascese secular e da supervalorização da vocação profissional.

Ele observou o desenvolvimento lógico na moral protestante, o autor reparou que os criadores da reforma protestante acreditavam que a valorização do trabalho produz riqueza e que, para não haver corrupção da alma, a partir de uma usura desenfreada, o homem deve fazer “exercícios morais” para não dar vazão à uma “irracionalidade”, a um desfrute desmedido das riquezas materiais, ou seja, o desperdício de dinheiro na busca de prazeres carnavais – uma vez que a racionalidade religiosa apontava para a garantia da salvação concedida pelo próprio Deus. Como consequência dessa moral protestante, Weber constatou o surgimento da acumulação racional (ainda que uma racionalidade relacionada a valores, e aqui fala-se em valores religiosos) de capital:

Combinando esta restrição de consumo com essa liberação da procura de riqueza, é óbvio o resultado que daí decorre: a acumulação capitalista através da compulsão ascética à poupança. As restrições impostas ao uso da riqueza adquirida só poderiam levar a seu uso produtivo como investimento de capital (WEBER, 2008, p.124).

Apesar de ser em *Economia e Sociedade* (WEBER, 1999) que se pode encontrar a definição para o conceito de racionalização, é em *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo* (WEBER, 2008) que é observável a aplicação dessa ferramenta teórica. Naquele estudo sobre a religiosidade protestante, podemos entender a mudança na racionalidade dos protestantes, que veio a se transformar em racionalidade com relação a fins (a identificação de sua salvação, o conhecimento da predestinação), como é explicitado a seguir:

O calvinismo repudiou todos os meios mágicos de busca da salvação, a superstição sacramental e o rito mágico-sacramental, aprofundando o *desencantamento do mundo* (*Die Entzauberung der Welt*), que significa a eliminação da magia como meio de salvação, substituída por um processo de secularização. Para os protestantes, o modo de buscar a salvação não é a “santificação”, como nos católicos, mas o “perdão dos pecados”. Isto coloca o protestantismo numa posição diferenciada quanto às demais religiões, na busca racional e planejada de adquirir a *bem-aventurança* futura, no outro mundo (supramundana), cultivando o sentido de reconciliação e comunhão com deus agora neste mundo (BRAMBATTI, 2005, p.55).

No entanto, apesar de Weber ter tomado a religião como objeto naquele estudo, suas concepções sobre racionalidade são estendidas às demais esferas sociais. Desse modo, segundo Weber, não há ações que possam ser consideradas estritamente racionais ou irracionais, pois elas são caracterizadas sempre de forma relacional, desse modo, uma ação é considerada “irracional” sempre em comparação a uma tida como “racional” e vice-versa.

Trouxe à tona os desenvolvimentos teórico de Weber porque, como anteriormente expus em inícios deste trabalho, o conceito de *racionalidade médicas* é herdeiro direto da teoria Weberiana: “O projeto desse grupo desenvolveu-se inicialmente em torno da categoria operacional “racionalidade médica”, criada por Luz à moda de um tipo ideal weberiano” (TESSER; LUZ, 2008).

Assim, tomando Weber como marco teórico, admito neste espaço que racionalidade é uma maneira de agir no mundo, é uma ferramenta utilizada pelos indivíduos sociais no intuito de se conduzirem no mundo, uma forma de os sujeitos “organizarem” a existência social, através de suas ações racionais.

Realizei a discussão anterior tendo em vista pôr em questão posterior em torno do conceito de *racionalidades médicas*, algo que apenas de forma superficial foi apresentado em capítulos anteriores. Sendo a racionalidade uma espécie de ferramenta no intuito de orientar a ação dos sujeitos, ela pode ser “usada” de diversas formas bem como por diferentes agentes, assim, aqui me proponho a analisar o tipo de *racionalidade médica*, que, como já expus anteriormente, foi elaborado por Luz e seu grupo de pesquisa intitulado *Racionalidades Médicas*.

4.2 – Racionalidade ou racionalidades biomédicas

Tendo por base as pesquisas do grupo Racionalidades Médicas, logo percebo a inevitabilidade de admitir a existência de várias racionalidades, isso porque o conceito *racionalidade médica* expressa a ideia de “forma de organizar a realidade”, que são algumas e variadas. As pesquisas de campo por mim realizadas possibilitara-me a percepção de que realmente há uma “dimensão teórica valorativa” no que diz respeito à atividade médica, que corresponde a, como bem ressalta Camargo Jr., uma concepção que foi construída sobre o que é a ciência e o que orienta o cotidiano desses profissionais, a saber:

A Biomedicina vincula-se a um ‘imaginário científico’ correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus ‘mecanismos’ originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais ‘peças’ (CAMARGO JR., 2005, p.178).

Ou seja, a visão cartesiano-mecanicista de ciência, que ainda hoje é uma das mais aceitas no meio científico (apesar de haver outros paradigmas como aponta Almeida, 2011), pelo menos nas áreas ditas “exatas”, preconiza uma tríade teórica como pilar de sustentação de suas explicações: busca da universalidade de proposições; toma como modelo explicativo a mecânica clássica (que se baseia na física newtoniana) e, por fim, a ciência possui caráter analítico (TESSER; LUZ, 2008),

Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia (TESSER; LUZ, 2008, p.196).

Desse modo, o que se pode entender por *racionalidade médica* é uma forma de apreender a “realidade” do mundo, ainda que se venha a dizer que é apenas uma parcela da realidade, ou seja, o mundo biomédico. Sendo assim, assemelha-se a uma espécie de “cosmologia” científica, uma visão da realidade a partir de uma ótica racionalista.

Não obstante, além dessa concepção portadora de um viés teórico, no que diz respeito à conceitualização da racionalidade biomédica, há outra que se apoia, sob medida, no que poderíamos facilmente aludir a uma “concepção prática” da racionalidade biomédica, pois, como discuti anteriormente, nem sempre o tratamento de doenças, ou seja, o desempenho da atividade médica, esteve ligado à racionalidade científica, e “é com a ciência que o conhecimento torna-se um fim em si mesmo (...) que (...) caracteriza o deslocamento simbólico de valorização do saber chamado científico nas sociedades ocidentais (NEVES, 2008, p.20).

Esta outra concepção relativa à atividade médica diz respeito à prática propriamente dita, ou, como alguns denominam, à medicina enquanto arte de curar. Essa “arte” é conhecida como terapêutica entre o meio médico (algo que está exposto no tópico seguinte) e distingue-se da dimensão teórica, denominada diagnose.

Não é preciso que eu me atenha com exaustão ao fato de que nós, seres humanos, produzíamos conhecimento sobre a realidade à nossa volta antes de “inventarmos” a ciência. Na antiguidade clássica, por exemplo, igualmente à modernidade, existia “medicina”, mesmo que não sob a égide da racionalidade científica.

Com relação ao questionamento sobre se há racionalidade, no singular, ou racionalidades, no plural, as pesquisas desenvolvidas pelo grupo liderado por Luz apontam para o seguinte:

Com isso, o grupo de Luz pôde estudar medicinas complexas, (...) tendo produzido quadros comparativos sintéticos de quatro medicinas, analisadas como racionalidades médicas: a biomedicina, a medicina tradicional chinesa, a ayurveda e a homeopatia. Muito diversas, embora permitindo algum grau de comparação, estas medicinas mostram-se como portadoras de razão médica e de eficácia terapêutica próprias, coerentes com seu estilo de pensamento, contradizendo o senso comum de que somente a biomedicina seria portadora de racionalidade (TESSER; LUZ, 2008, p.196).

Desse modo, aquele grupo de pesquisadores categorizou variadas formas de atividade médica. No trabalho de categorização realizado pelo grupo, foi utilizado o modo

como se produziam os conhecimentos relativos à atividade médica, ou seja, à epistemologia, ou ao estilo de pensamento de cada uma das formas de medicina estudadas como parâmetro para classificá-las.

Assim, foi visto que todas as quatro formas identificadas possuíam uma “razão médica”, ou seja, uma forma pela qual se autojustificavam enquanto atividade médica. No entanto, torna-se crítico o não reconhecimento de outras formas de lidar com o processo de saúde-doença, pois a biomedicina, ao tornar-se hegemônica, adotando uma visão cientificista ortodoxa da atividade médica, enxerga

as medicinas paralelas (...) como o retorno de um obscurantismo que a ordem médica biologizante pensava ter vencido. Sua história [das medicinas paralelas] só pode então associar-se à história das mentalidades chamadas pré-lógicas ou pré-rationais. Na melhor das hipóteses, devem ser encaradas como ilusões científicas ou pseudociências (LAPLANTINE; RABEYRON, 1989, p.24).

Desse modo, julgando irracionais práticas de cura que não adotam a racionalidade médica moderna, as autoridades biomédicas, por vezes, deflagram verdadeiras “caças às bruxas” em relação aos procedimentos não ortodoxos. Esta é a minha percepção em relação à AH, uma vez que o CFM ao apontar a técnica aqui em questão como não cientificamente comprovada, devido ao fato de não obedecer aos parâmetros metodológicos reconhecidos como verdadeiros, está, na verdade, desqualificando-a, colocando-a no plano da irracionalidade.

4.3 – Compreendendo o discurso de autoridade na ciência

Este tópico tenta responder a um dos questionamentos iniciais desta pesquisa, a saber: como, na atualidade, são validados os conhecimentos biomédicos. Em quase todos os textos que se voltam ao estudo do conhecimento científico e das técnicas, podemos encontrar a configuração apresentada por Shinn & Ragouet (2008), uma divisão entre autores com posicionamentos “pró-ciência” e “anti-ciência”, tomando aqui a ciência como um conjunto de práticas baseadas no uso da racionalidade e que se esforça por negar qualquer proximidade com características que possam ser aludidas a posicionamentos que se deixam influenciar por dimensões reconhecidas como subjetivas.

Afirma Almeida (2011) que, em se tratando do pensamento biomédico, há duas correntes distintas e opostas defensoras de teorias diferentes no que diz respeito à produção de conhecimentos biomédicos, são elas: racionalismo e empirismo. Essa concepção apresentada pelo médico nos remete à mesma separação, discutida anteriormente à luz de desenvolvimentos teóricos da sociologia, ou seja, ao apartamento entre as dimensões práticas e teóricas da realidade social, bem como corrobora com os

dados colhidos em campo que atestam a supervalorização de desenvolvimentos teóricos (pesquisa médicas) em detrimento da prática médica propriamente dita, ou seja, a clínica.

Sustenta Almeida (2011) que há uma separação entre prática e “teoria” nos desenvolvimentos da moderna biomedicina ocidental, algo que também é apontado por Camargo Jr. (1992). Nas palavras do próprio autor, “O hiato entre teoria e prática, a diagnose e a terapêutica, pares equivalentes nos respectivos níveis, tem sido um marco na história da medicina ocidental” (ALMEIDA, 2011). Segundo o autor, a *diagnose* é a esfera da atividade médica responsável por produzir teoria sobre as doenças, ou seja, responsável por organizar e sistematizar teorias sobre o processo de adoecimento – discussão apontada e desenvolvida por Foucault (2008) e reconhecida como o *paradigma da doença* –, é uma espécie de trabalho investigativo sobre as doenças, um ainda mais, uma investigação sobre o processo de funcionamento do corpo, do ponto de vista biológico, um esquadrinhamento do corpo enquanto “sistema”, “máquina biológica”. Já a terapêutica “diz respeito ao processo do saber lidar, do tomar decisão acertada, da conduta médica. Intervenção que demanda saberes tanto no âmbito da cultura, quanto no da biologia (fisiologia e farmacologia)” (*ibidem*, p.9).

Almeida (2011), logo na introdução, expõe pontos críticos da separação entre diagnose e terapêutica (teoria X prática):

Há cerca de duas décadas, decidi estudar a terapêutica da medicina contemporânea, em particular, a prescrição médica em ambulatório. Na ocasião, pude verificar a falta de correspondência entre a diagnose, ou a ausência de diagnose, e a terapêutica empreendida. Constatei a importância da informação produzida pela indústria farmacêutica na formação do médico e na conduta terapêutica (saber farmacêutico). A terapêutica foi assumida quase exclusivamente pela indústria farmacêutica – produtora de pesquisa, do medicamento e de informação (saber e *marketing*). O médico tornou-se um mero receptor de informações oriundas da indústria farmacêutica. Não houve nesse fato, ao contrário do que muitos pensam, usurpação de um direito do médico. Houve uma concordância e, mesmo, uma delegação; o médico delegou a produção do saber terapêutico à indústria farmacêutica (ALMEIDA, 2011, p.08).

O autor entende ser crítica a atual situação, pois além de reduzir a importância da atividade médica, perde de vista a dimensão/percepção do doente, provoca uma descontextualização social do processo de saúde-doença. Na obra aqui em questão, o autor quer chamar atenção para o fato de ser preocupante a diminuição da importância da terapêutica, ou seja, da prática médica propriamente dita.

Com o processo de produção de conhecimento médico indo parar nas mãos da indústria farmacêutica, ocorreu um movimento de declínio da importância dada à atividade terapêutica, algo que vem a corroborar com a informação colhida em campo, através de entrevista, na qual o médico afirmava o seguinte:

Então os médicos, hoje estão sendo formados os médicos do futuro, enquanto isso as pessoas estão morrendo no presente. Né, enquanto se pesquisa é, medicação para oncologia, específico, com nanotecnologia, a gente está deixando gente morrer de malária, que era uma coisa muito mais fácil de responder. Mas infelizmente os médicos estão [aqui o médico, mais uma vez, não conclui o raciocínio inicial], você veja o seguinte, você chega ao quinto ano de medicina, 75% dos estudantes dizem que faz a opção de não trabalhar com pessoas, que não têm contato com o doente, só 25% querem ter contato. Então, são médicos que vai ter uma formação tecnológica [Depoimento de médico-defensor entrevistado em Recife].

Naquele momento da entrevista, estávamos conversando sobre a que ele atribuía a não legitimação da AH, ele argumentou que, entre outras, que poderia ser devido ao fato de os atuais estudantes de medicina não encontrarem “atrativos” maiores que os oferecidos por áreas de pesquisa. Nessa mesma esteira, se eu retomar a discussão levantada por Almeida (2011), posso inferir que, por conta de as pesquisas médicas serem financiadas por representantes da indústria farmacêutica, há um distanciamento entre a prática médica (aquilo que se pratica nos consultórios, ambulatorios, enfermarias, etc.) e a produção de pesquisas no intuito de desenvolver medicamentos, e não tratamentos inovadores, distinção atribuída por Almeida (2011) ao privilégio que a diagnose possui em comparação com a terapêutica.

Essa cisão, tão comentada pelo autor aqui em questão, é algo que encontra similitude com as discussões realizadas anteriormente, quando eu expunha, segundo os desenvolvimentos teóricos de Marx, como as atividades abstratas (trabalho abstrato) adquiriram preponderância sobre a dimensão prática da vida cotidiana. Esta problemática é bem desenvolvida pelo autor:

A história da medicina tem privilegiado, de modo quase absoluto, o estudo do saber médico segundo a dinâmica interna de produção de conhecimento sobre as doenças. Outrossim, paira sobre o processo de intervenção médica com objetivos terapêuticos e preventivos significativo grau de desconhecimento. Ackerknecht, num dos poucos estudos abrangentes sobre o tema, critica os historiadores que centram seus estudos nos clássicos médicos e ignoram o que acontece com os doentes (ALMEIDA, 2011, p.08).

É importante destacar que o autor argumenta que essa cisão, além de privilegiar a diagnose em detrimento da terapêutica, acarreta uma desvalorização do indivíduo, uma vez que se irá priorizar a doença, e até mesmo concebê-la como entidade com existência própria, no intuito de se mapear a origem, mecânica/funcionamento da doença, criando assim uma ciência da doença (ALMEIDA, 2011). Mas a própria concepção que defende a distinção entre diagnose e terapêutica como componentes separados de um mesmo processo é algo que, segundo Almeida (2011), é resultante da hegemonia de uma visão racionalista da atividade médica.

Essa mudança no pensamento médico é algo muito preocupante para o autor, pois deixa de lado a dimensão social do processo de cura, uma vez que, segundo ele, há, além da dimensão racionalista/científica (algo que é visto pelo autor como importante, mas não com caráter de privilégio), também dimensões não científicas, como é possível identificar em seu estudo:

Abordo a terapêutica médica considerando-a um dos constituintes do universo da terapêutica, sem a reduzir à terapêutica medicamentosa e à cirurgia, instâncias onde é possível a busca de cientificidade, segundo o modelo dominante. A terapêutica diz respeito ao processo do saber lidar, do tomar a decisão acertada, da conduta médica. Intervenção que demanda saberes tanto no âmbito da cultura, quanto no da biologia (fisiologia e da farmacologia). A conduta médica (terapêutica) obedece a razões de várias ordens. Razões das disciplinas científicas ou auxiliares da medicina, razões da cultura, razões da corporação médica, razões econômicas e sociais, etc. Portanto, quando falo em razões da terapêutica, falo no sentido da demanda que esta suscita, e não no sentido filosófico-epistemológico simplesmente. Na verdade, não considero a terapêutica um campo onde se possa aplicar uma razão exclusiva, seja no modelo clássico da razão apolínea, seja no modelo da razão técnica de base química (*Ibidem*, p.09).

Para o autor, a concepção segundo a qual há separação entre diagnose e terapêutica, é decorrência de haver duas tendências teóricas na medicina, uma empirista, outra racionalista, e esta última ser a que possui maior influência no meio médico moderno, daí as ideias e concepções sustentadas pelos representantes deste grupo ter grande destaque. É justamente o grupo dos racionalistas que sustentam que a diagnose precede à terapêutica e, em decorrência disto, há uma espécie de “ditadura racionalista” no ambiente médico. Almeida chama atenção para o fato de que os preceitos científicos aplicam-se com notória satisfação à dimensão da diagnose, ou seja, à pesquisa, à produção de teorias médicas auxiliadas pelas disciplinas científicas (física, biologia, química, etc.), mas, na dimensão da terapêutica, o racionalismo científico tem pouca eficácia, como fica claro no estudo aqui em questão;

Submeter a experiência ao crivo das “ciências auxiliares” é a afirmação da prevalência do componente científico. Para Coulter, o desafio ao conhecimento médico é reconciliar suas dimensões científicas e históricas, e permitir o diálogo, sem afirmação de hegemonia (ALMEIDA, 2011, p.21).

Almeida (2011) realizou longo estudo histórico-bibliográfico para identificar a origem dos dois grupos que influenciam os desenvolvimentos na área da moderna medicina, a saber, o grupo empirista e o racionalista. Não irei me ater com profundidade a essa discussão, mas é importante esclarecer que o autor atribui às teorias filosóficas clássicas a responsabilidade por essa cisão. Desde Platão e Aristóteles, discute-se sobre o peso e importância dado à experiência e/ou à teoria, daí é que surge o empirismo e o racionalismo, os primeiros acreditando estar localizado na experiência os fundamentos básicos de

qualquer “agir”, e os racionalistas acreditando estar no desenvolvimento teórico (racional) a base das ações. Disto se tem que na atualidade os racionalistas possuem lugar de destaque, e o que isso acarreta? É o que tentarei desenvolver daqui para frente.

Na atualidade, uma prática/terapêutica/tratamento que queira se colocar no *rol* dos procedimentos biomédicos legítimos, necessita obedecer a certas etapas no intuito de ser reconhecida como cientificamente válida. O renomado médico Eduardo Almeida, em seu livro *As razões da terapêutica: racionalismo e empirismo na medicina* (2011), realizou longo estudo sobre o modo como a moderna medicina produz e valida os conhecimentos na área.

O processo atual e mundial de validação da medicina está centrado essencialmente nos chamados Estudos Duplo-Cego Randomizados ou, *Randomized Controlled Clinical Trials* (RCCT). Os estudos clínicos de observação ou os testes clínicos de seguimento simples não randomizados e não comparativos surgem na medicina com os trabalhos de observação clínica de Hahnemann, na época, chamados de estudos em *anima nobilis*. A medicina de Hahneman e o seu método eram essencialmente empíricos. Na primeira metade do Século XX, a epidemiologia inglesa começa a sua marcha na construção do método hoje hegemônico dos RCCTs. Inicialmente, buscava-se identificar nexos causais entre um determinado fator e uma doença (ALMEIDA, 2011, p.176).

Almeida (2011), que também é médico, ao realizar essa caracterização da metodologia legitimada entre a moderna biomedicina (os RCCTs) – que são produtos dos desenvolvimentos teóricos da ciência clássica –, faz-me ter a impressão de estar escutando a médica que me concedeu entrevista (a qual anteriormente transcrevi trechos) ainda durante as pesquisas de graduação, na qual me falou que “o problema” com a AH era relacionado à metodologia com que se conduziu os “poucos” estudos que são advogados como comproatórios da veracidade da tal técnica. Mas continua o autor:

Na primeira metade do Século XX, a epidemiologia inglesa começa a sua marcha na construção do método hoje hegemônico dos RCCTs. Inicialmente, buscava-se identificar nexos causais entre um determinado fator e uma doença. O primeiro grande estudo foi o nexo causal entre o tabagismo e o câncer de pulmão. Aqui cabe um comentário bastante ilustrativo da lógica que passa a orientar o pensamento médico. O médico e epidemiologista Richard Doll, líder dessa pesquisa, contou que foi despertado para o estudo, quando certa vez, passando pela enfermaria de pneumologia do hospital em que trabalhava, resolveu folhear os prontuários, e notou serem tabagistas quase todos os internados com câncer de pulmão. Saiu dali e resolveu montar um RCCT para avaliar a relação tabagismo e câncer de pulmão. Usou para tal os médicos ingleses. O resultado é de conhecimento de todos. Precisou-se de mais 20 anos para constatar através de RCCT a relação tabagismo e doenças cardiocirculatórias, e uns 25 anos para a relação tabagismo e outros cânceres. Aqui já se delineava claramente o estilo de pensamento que passou a dominar o pensamento médico. Estabeleceu-se o consenso, avançou-se no sentido da institucionalização e chegou ao estágio atual que chamo de “*Ditadura do CCTs*” (ALMEIDA, 2011, p.177).

Antes de os RCCTs serem hegemônicos no processo de legitimação de procedimentos médicos, era a terapêutica (ou seja, a dimensão “artística”, o cuidado médico) que, sendo exitosa, era parâmetro de validade. Essa mudança se deu com a adesão da medicina a concepções científicas modernas, ao modo de produção de conhecimento obedecendo ao modelo mecânico-cartesiano. Mas seria a medicina uma ciência? Essa pergunta, realizada por Almeida (2011), deixou-me atento ao fato de entender se uma mudança na forma de se pensar a atividade médica faria com que ela deixasse de ser medicina.

O autor expõe algo que, como revelei no início deste trabalho, demorei para perceber e que é levado ao senso comum como uma verdade: o fato de a medicina forjar, ao introduzir em seu ofício os ganhos tecnológicos mais modernos, entre a sociedade, a ideia de que é, igualmente às demais tentativas de explicação da realidade, um ciência. Mas será que apenas adotando alguns preceitos científicos a medicina passa a ser ciência? Ao que Almeida responde da seguinte forma: “Entretanto, mesmo incorporando intensivamente a tecnologia moderna, a medicina acadêmica continua fiel seguidora das ciências clássicas” (ALMEIDA, 2011).

O autor complexifica mais a discussão ao apontar que a medicina demorou quase dois séculos para aderir à ciência clássica (aqui o autor refere-se principalmente à física clássica e o cartesianismo que influenciou as demais ciências), apenas “No século XIX, a medicina assumiu as teses fundamentais da física de Galileu e Newton” (*Ibidem*, p.173). Continuando uma análise sobre o *status* científico reclamado pela ciência, critica o autor:

Não cabe, aqui, introduzir as positividades que as chamadas ciências da complexidade, sobretudo a física quântica, vêm acenando há mais de 80 anos para a medicina, mas que ficam restritas às suas máquinas. Ou seja, a medicina usa máquinas quânticas, mas continua presa epistemologicamente ao mecanismo newtoniano. Se a medicina fosse ciência, ela já deveria ter abandonado as teses mecanicistas e aderido às teses da mecânica quântica e da complexidade. Assim não o faz por ser uma doutrina, e uma doutrina tem muito mais a ver com cultura do que com ciência (*Ibidem*, p.175-176).

Não interessa, neste espaço, trazer a discussão de como os desenvolvimentos da física quântica estão sendo amplamente usados pela medicina atual. No entanto, apenas a título de curiosidade transcreverei um pequeno trecho em que podemos constatar a informação dada por Almeida (2011):

Neste artigo, fazemos uma breve exposição de como um dos conceitos fundamentais da física moderna, a existência de antimatéria, tem aplicação na medicina, na chamada tomografia por emissão de pósitrons (PET na sigla em inglês). Ela consiste na produção de imagens tomográficas digitais do organismo que são obtidas pela detecção da radiação produzida na aniquilação do pósitron com o elétron. (...) Neste artigo, vamos analisar o

método de diagnóstico chamado Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET). Esta técnica é descrita brevemente mesmo em livros de nível médio. Neste artigo, damos uma descrição geral do método e analisamos os conceitos de física que lhe dão sustentação. Esperamos poder preencher algumas das lacunas presentes nos livros especializados de física médica (MACHADO; PLEITEZ; TIJERO, 2006, p.407).

Trouxe este pequeno trecho apenas para ilustrar a crítica realizada por Almeida (2011), que alega o uso de procedimentos avançados no que diz respeito à utilização de máquina com tecnologia quântica, mas está presa a uma epistemologia clássica no que diz respeito à dimensão da prática (terapêutica) médica. Essa ideia de Almeida (2011) corrobora com as teorias de Canguilhem (2000), que revela a prática da medicina como caracterizada por ser uma ciência da doença, que esquece a dimensão individual. Usando as palavras de Canguilhem:

A invalidade da opinião do doente em relação à realidade de sua própria doença é um argumento de peso em uma recente teoria da doença; teoria, às vezes, um pouco imprecisa, porém cheia de sutilezas (CANGUILHEM 2000, p.53).

Esse “esquecimento” (apesar de Canguilhem utilizar um termo bem mais forte, “invalidade”) se dá por conta de a medicina estar presa às concepções da ciência clássica que defendeu a generalização como meio de produzir conhecimentos válidos, pois,

A ciência só pode falar da regularidade, da repetição. Suas leis devem explicar a média, enquanto os fenômenos devem ser quantificados. De posse da lei que explicaria o fenômeno, ele se torna enquadrável e capaz de ser predeterminado, ou seja, se conhece o fenômeno *a priori*. (...) (ALMEIDA, 2011, p.174).

Ou seja, a biomedicina moderna, apoiada nessa concepção da ciência clássica, realiza suas atividades tendo como característica principal o fato de produzir seus conhecimentos a partir de generalidades (princípio científico clássico em que se parte do geral para o particular), tendo dificuldades para aplicar a dimensão individual às descobertas realizadas a partir de metodologias generalizantes. E ainda há outra característica da ciência clássica que foi adotada pela biomedicina, é a tese segundo a qual se concebe que “o todo é a soma das partes, e que é possível conhecer o todo pelo estudo das partes” (*Ibidem*, p.174).

A limitação de aplicação dessas concepções reside no fato de não dar conta da riqueza complexa que compõe a individualidade humana. O organismo de um indivíduo pode estar em estado patológico, para utilizar as denominações de Canguilhem (2000), ou seja, fora dos padrões de normalidade, por motivos não observáveis pelo método dos RCCTs, e, desse modo, não reagir da forma prevista pelas pesquisas. Uma visão mais maleável referente aos procedimentos médicos enaltece a dimensão cultural do indivíduo

doente, a fim de ter maiores recursos curativos e não se restringir à terapêutica proposta pela farmacologia.

Gostaria de encerrar este ponto com citação de Almeida (2011) que, a meu ver, sintetiza a discussão que tentei desenvolver neste capítulo:

A medicina se apropriou do discurso científico e se estabeleceu como uma ciência. Desse modo, passou a ter os mesmos balizamentos das ciências clássicas: a explicação racional dos fenômenos; a quantificação; a generalização. Abriu mão da arte da terapêutica e estabeleceu o primado da diagnose sobre a terapêutica. Tornou sem valor a observação de casos, o fato individual (*anecdotal*). Só é significativa a regularidade, a média, a repetição, como nas ciências clássicas. Daí o papel exercido pelos RCCTs na produção de conhecimento nessa medicina. O médico, quando abre mão da terapêutica e se preocupa essencialmente com a diagnose, dá uma espécie de tiro no pé. Deixa por conta da indústria farmacêutica a produção de conhecimento e insumo terapêuticos, e passa a ser um mero prescritor, na maioria das vezes na linha da supressão de sintomas. Isso reduz a sua eficácia terapêutica e há uma homogeneização e massificação da prescrição. Nessa equação só tem um ganhador – a indústria farmacêutica (ALMEIDA, 2011, p.189).

Acrescentaria apenas o fato de que, com a supervalorização da diagnose em detrimento da terapêutica, processo que leva o médico a ser apenas um mero “prescritor”, perde-se, pela adesão aos procedimentos adotados pela indústria farmacêutica, conhecimentos antigos, mas que eram exitosos, a exemplo da técnica aqui em questão. A AH era um técnica recorrente na medicina:

A medicina convencional também lançou mão da Auto-Hemoterapia. (...) Esse método foi utilizado com sucesso, segundo relato da época, no tratamento de afecções como hemiplegia, gonorreia, sífilis, herpes, reumatismo, artrite, psoríase, alergia, drogadicção, etc. (*Ibidem*, p.97).

Desse modo, naquela época, a AH era considerada uma técnica isopática⁴², e por conta de os parâmetros metodológicos atuais ainda serem inexistentes, àquela época, o tratamento de doenças a partir do uso da AH era bastante aceito.

4.4 – O que é medicina?

42 “A isopatia é a metodologia terapêutica com agentes medicamentosos cuja ação no homem sadio consiste em manifestações farmacodinâmicas, semelhantes àsquelas observadas no doente, sendo o autoisoterápico um medicamento preparado especialmente para o paciente cujo insumo ativo é obtido do próprio paciente, como secreções e tecido gengival que visa empregar a ação biológica do medicamento através da energia que contém para inibir a ação patógena causal e provocar uma ativação das defesas imunológicas” (SILVA; TEREZAN, 2007, p.244). A isopatia é uma espécie de moderna homeopatia, pois utiliza na base de suas terapias a ideia de curar pelo semelhante.

No decorrer das pesquisas, fui levado, a partir do acesso que tive à nota da ANVISA, ao parecer emitido pelo CFM que trata da AH. Nesses documentos, tem-se as definições mais “ortodoxas” sobre o que seja a medicina, algo que explorarei no transcurso deste capítulo. Enquanto que, a partir da fala do Dr. Luiz Moura, fica claro que para alguns os defensores, a conceitualização sobre a atividade científica é um pouco mais “frouxa”, com uma maleabilidade teórica maior.

A caracterização dada à AH por parte do CFM, não difere muito daquela dada por seus defensores (apresentada no início deste trabalho), no entanto, os desdobramentos a partir das caracterizações, e até mesmo suas concepções sobre ciência, colocam defensores e opositores da prática em posições diferentes no que se refere à prática médica. Observemos, por exemplo, a conceitualização dada à medicina por parte dos opositores, representados aqui pelo relator do parecer do CFM:

Para a sua formulação, este parecer acata **que a Medicina atual fundamenta seu saber em resultados de hipóteses genuinamente testadas, em resultados que se repetem, em evidência enfática, razão, experiência e ceticismo** e que compreende um processo contínuo cujas atividades fundamentais são observar e descrever fenômenos e tirar conclusões gerais a respeito deles, integrar novos dados com observações organizadas que foram confirmadas, formular hipóteses testáveis baseadas nos resultados dessa integração, testar essas hipóteses sob condições controladas reprodutíveis, observar os resultados desses testes, registrando-os de maneira não ambígua e interpretá-los claramente e buscar ativamente a crítica dos participantes [grifo meu] (“PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 4.275/07 – PARECER CFM Nº12/07”).

Esse trecho possibilita a confirmação, a partir de dados coletados em campo, do conceito de biomedicina, que está exposto nos próximos parágrafos, definido por Camargo Jr. (2005), bem como por Almeida (2011), como sendo algo próximo à definição da racionalidade científica clássica, que utilizam metodologias que quantificam e generalizam o processo de saúde-doença.

Neste momento, gostaria de confrontar a ideia de medicina e de ciência posta no parecer do CFM com a definição dada pelo Dr. Luiz Moura, em que também é apresentada uma concepção sobre medicina e ciência, vejamos:

Medicina é a arte de curar. Então eu só tenho um único compromisso com meus pacientes: aliviar o sofrimento deles e, quando possível, curar. Eu, por isso que eu não respeito os padrões chamados, que se diz científicos. Isso eu não posso fazer porque não é comprovado pela ciência [aqui percebi certo tom de irreverência, é como se ele estivesse reproduzindo a fala de médicos ortodoxos, uma espécie de satirização de posicionamentos mais ortodoxos], para mim, o que comprova qualquer coisa é o efeito do tratamento. Se ele produz benefícios para o paciente, é um tratamento científico, mesmo que nós não saibamos qual o mecanismo de ação deste tratamento. Eu faço, eu uso recursos, sejam quais forem, para beneficiar os pacientes, para que eles se beneficiem e pelo menos tenham alívio do

sofrimento e, se possível, a cura da paciente, do paciente. Ora, depois, então, porque eu tenho uma mente investigativa, de investigação, uma forte tendência à investigação, depois, eu não me satisfaço com isso e procuro encontrar uma solução, procuro encontrar algo que me satisfaça, que eu entenda por que que ele [o tratamento] funcionou, depois de ter curado o paciente, depois de ter dado resultado. Aí eu tenho interesse em investigar o “porquê” e quando, quando eu não consigo, porque eu não tenho laboratório, provar o “porquê”, eu sempre procuro um raciocínio lógico que me leve à conclusão do “porquê”(Depoimento do Dr. Luiz Moura, em DVD).

Já essa definição seria mais próxima a posicionamentos que priorizam a dimensão social e artística da atividade médica e que valorizam a terapêutica enquanto “agente validador” dos procedimentos médicos, ou seja, baseia-se em uma epistemologia mais relativista que a que dá base à ciência clássica. Esses dois trechos exemplificam a discussão aqui trazida através das formulações teóricas realizadas por Almeida (2011), nas quais é perceptível duas visões/definições sobre a natureza da atividade científica, uma com referencial totalmente preso às ciências clássicas, outro menos preso às formulações da ciência cartesiano-mecanicista.

Essas duas visões da medicina e de ciência demonstram na prática o estudo realizado por Shinn & Ragouet (2008), na obra *Controvérsias sobre a ciência*, uma visão mais abrangente que concebe a atividade científica como um procedimento que extrapolaria os limites das concepções racionalistas, e outra um tanto quanto mais restrita, ligada de forma bastante estreita às bases racionalistas do processo de produção de conhecimentos médicos ou, nos termos de Almeida (2011), uma concepção racionalista e outra empírica do processo de produção de conhecimento na área biomédica.

Assim, os desenvolvimentos sobre a racionalidade biomédica bem como os ensinamentos de Canguilhem (2000, p.166) fazem-me compreender que a medicina “É uma atividade que tem raízes no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo”. É na busca de entender o que é normal e o que patológico, em fim, o processo de saúde-doença, que a medicina encontra sua “razão de ser”:

É nesse esforço espontâneo que a medicina encontra seu sentido, mesmo não tendo encontrado, antes, toda a lucidez crítica que a torna infalível. Eis por que, sem ser ela própria uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências [ultimamente, incluso os resultados das ciências humanas] a serviço das normas da vida (*Ibidem*).

Desse modo, a existência da medicina está atrelada a dois fatores: o primeiro em razão de o ser humano se sentir doente; o segundo pelo fato de buscar o mecanismo de funcionamento da doença. Assim, segundo essa concepção epistemológica analisada por Canguilhem, os profissionais de saúde colocam o ser humano, na verdade, a dimensão subjetiva do ser humano, através do sentimento de doença que o acomete, em segundo

plano, e dão destaque, a uma explicação da doença, ou seja, eles forjam uma ciência da doença:

Qualquer conceito empírico de doença conserva uma relação como conceito axiológico da doença. Não é, portanto, um método objetivo que qualifica como patológico um determinado fenômeno biológico. É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica [ou seja, da dimensão prática da atividade médica, da eficácia da terapêutica], que justifica a qualificação de patológico (*Ibidem*, p.166-167).

É pautando-se em Canguilhem que médicos como Almeida (2011) lançam críticas sobre o atual modelo epistemológico biomédico, que, preocupados com descobrirem o mecanismo das doenças (patologias) e com os métodos mais eficazes que ajudem a desempenharem este papel, negligenciam a dimensão individual do adoecimento, e pior, impondo suas concepções à toda medicina, acarretando uma desvalorização de tratamentos que fujam a esta configuração.

Nesse sentido, Canguilhem (2000) aponta outra afirmativa importante no que diz respeito aos estudos sobre os processos de saúde-doença:

Embora admito a importância dos métodos objetivos de observação e de análise na patologia, não parece possível que se possa – com absoluta correção lógica – falar em “patologia objetiva”. É claro que a patologia pode ser metódica, em relação ao médico que a pratica. Mas a intenção do patologista não faz com que seu objeto seja uma matéria desprovida de subjetividade. Pode-se praticar objetivamente, isto é, imparcialmente, uma pesquisa cujo objeto não pode ser concebido e construído sem referência a uma qualificação positiva ou negativa; cujo objeto, portanto, não é tanto um fato, mas, sobretudo, um valor (CANGUILHEM, 2000, p.167).

Sendo assim, é possível apontar para a necessidade de uma reconfiguração epistemológica da biomedicina moderna, que, como tentei apresentar, perdeu de vista a dimensão subjetiva dos processos de saúde-doença ao legitimar uma “ditadura” dos RCCTs como forma, quase única, de se produzir o entendimento sobre a condição humana normal e patológica.

4.5 – Reelaborando antigas proposições sociológicas

Os estudos dos autores filiados à medicinal social, como tentei esclarecer, em se tratando de problematizar a racionalidade biomédica, preocuparam-se com a dimensão epistemológica da problemática. Desde Canguilhem, aponta-se como erro desconsiderar a percepção do doente quando se trata da relação dele com própria condição de doente, isso ocorreria em decorrência de um processo de cientificação da atividade médica e desvalorização da dimensão prática do fazer médico que acaba forjando uma ciência da doença, ou, nas palavras de Foucault, um paradigma da doença. Vejamos:

E o olhar médico, aberto a essas qualidades tênues, toma-se, por necessidade, atento a todas as suas modulações; a decifração da doença em suas características específicas repousa em uma forma matizada de percepção que deve apreciar cada equilíbrio singular. Mas em que consiste esta singularidade? Não é, de modo algum, a de um organismo em que processo patológico e reações se encadeiam de modo único para formar um «caso». Trata-se, antes, de variedades qualitativas da doença a que vem se acrescentar, para as modular em segundo grau, as variedades que os temperamentos podem apresentar. O que a medicina classificatória chama «histórias particulares» são os efeitos de multiplicação provocados pelas avaliações qualitativas (devidas aos temperamentos) das qualidades essenciais que caracterizam as doenças. O indivíduo doente se encontra no ponto em que aparece o resultado dessa multiplicação. Daí sua posição paradoxal. Quem desejar conhecer a doença deve subtrair o indivíduo com suas qualidades singulares: «O autor da natureza, dizia Zimmermann, fixou o curso da maioria das doenças por leis imutáveis que logo se descobrem, se o curso da doença não é interrompido ou perturbado pelo doente»." Neste nível, o indivíduo é apenas um elemento negativo (FOUCAULT, 2008^a, p.14).

Essa é a explicação dada por Foucault para esclarecer o movimento de negação da dimensão individual do processo de adoecimento realizada pela medicina, que, por negar essa dimensão, cria um paradigma da doença, uma vez que a medicina, através da diagnose, irá priorizar desvendar os mecanismos responsáveis pelo adoecimento.

Os desenvolvimentos teóricos daqueles autores (ligados à medicina social) são importantíssimos para elaborarmos um quadro avaliativo da problemática. No entanto, como defende Weber (2008), essa é apenas uma possibilidade analítica de compreensão da questão, muito extraordinária, diga-se de passagem, aliás, uma das bases fundamentais para o desenvolvimento da presente pesquisa. Não obstante, vejo como importante a necessidade de alargar essa possibilidade compreensiva.

Intenciono que o presente trabalho seja uma contribuição ao debate aqui apresentado, nesse sentido, sugiro um resgate dos subsídios sociológicos que preveem a importância do olhar crítico, a partir do viés epistemológico, no entanto, que avance e chame atenção para o fato de que este “epistemicídio⁴³”, deflagrado pela biomedicina em detrimento de práticas de cura não cientificistas, encobre algo um tanto quanto mais complexo, que é a relação entre a epistemologia (saber teórico) e o poder, ou, nos termos de Foucault, saber-poder. É preciso que releiamos teorias na qual se explica o “forjamento” dessa relação que se querem, ou nos são impostas, como “natural”, ou enquanto ferramenta para sustentar ações de poder.

43 Essa ideia é usada por Oliveira (2007): “O neologismo segue a ideia, já referida, de Boaventura de Sousa Santos (1995 e 2005) de que ‘o genocídio que pontuou tantas vezes a expansão europeia foi também um epistemicídio: eliminaram-se povos estranhos porque tinham formas de conhecimento estranho’”.

Seria interessante resgatar a ideia elaborada por Foucault na qual o poder está estritamente vinculado ao saber e vice-versa. O saber científico, arrogado e figurando como uma espécie de juiz no que concerne à proibição da AH, ele mesmo é detentor de poder, levando em conta que o poder é uma relação, e não uma entidade. Sendo assim:

O importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem poder (...) A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 1984, p.12).

A verdade, seja ela biomédica, jurídica, religiosa, política, etc., como esclareci ser um pressuposto desta pesquisa, ainda na introdução deste texto, é produto de relações sociais, a “verdade” (inclusive a “verdade biomédica”), segundo essa visão, é uma construção social. Desde Durkheim, entre outros autores clássicos, surgem diversas correntes teóricas sociais que concordam com essa ideia, mesmo que cada uma apresente uma justificativa/explicação diferente, elas são unânimes em postular ser a “verdade” não mais uma realidade supranatural.

Mas é necessário que tenhamos em mente que “a verdade” nem sempre foi sancionada pelo saber científico;

a medicina (como instituição regulamentada, como conjunto de indivíduos que constituem o corpo médico, como saber e prática, como competência reconhecida pela opinião pública, a justiça e a administração) tornou-se, no século XIX, a instância superior que, na sociedade, distingue, designa, nomeia e instaura a loucura como objeto; **mas não foi a única a representar esse papel:** a justiça, e particularmente a justiça penal (com as definições da escusa, da irresponsabilidade, das circunstâncias atenuantes e com o uso de noções como as de crime passional, de hereditariedade, de perigo social), a autoridade religiosa (na medida em que se estabelece como instância de decisão que separa o místico do patológico, o espiritual do corporal, o sobrenatural do anormal, e na medida em que pratica a direção de consciência mais para um conhecimento dos indivíduos do que para uma classificação casuística das ações e das circunstâncias), a crítica literária e artística (que, no curso do século XIX, trata a obra cada vez menos como um objeto de apreciação que deve ser julgado, e cada vez mais como uma linguagem que deve ser interpretada e em que é preciso reconhecer os jogos de expressão de um autor) (FOUCAULT, 2008b, p.47).

Além da racionalidade científica moderna (apenas uma, entre várias formas de saber), a religião, a mitologia, a justiça penal, dentre outras, são/foram/serão diversificadas formas de, socialmente, produzir e legitimar “regimes de verdade” (FOUCAULT, 1984), para utilizar expressão foucaultiana, pois são igualmente modelos de “saber”.

Vigiar e Punir (FOUCAULT, 2003) com certeza me ajudou bastante a compreender algumas das nuances que permeiam a relação saber-poder. É exatamente naquele trabalho que Foucault dirá que o poder, ou melhor, o micropoder, é correlato a um determinado saber. O autor argumenta que a mudança nos sistemas punitivos deixou claro que o poder é exercido tendo como assistente e, ao mesmo tempo, autor principal a criação de um saber específico. Ele expõe que o aparelho punitivo criou “saberes” sobre o corpo, que não eram de ordem biológica (científica), para conseguir controle sobre os indivíduos, seriam as “tecnologias políticas do corpo” (FOUCAULT, 2003).

Foucault se propôs a realizar um estudo das relações de “saber-poder”, e diz:

Essas relações de “poder-saber” não devem então ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimentos são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento (FOUCAULT, 2003, p.27).

Nesse sentido, compreendo que a medicina, enquanto prática social (independentemente da concepção que se possa ter de tal atividade), obedece a essas ideias/teorias, sendo assim, ela mesma (e quem sabe até mesmo a maior parte das ciências) é um saber-poder, e exatamente por sê-lo, exerce poder sobre as demais tentativas de atividade curativa.

Os profissionais da área médica criam “barreiras epistemológicas” com o intuito, velado, mas por vezes explícito, de manter seus privilégios no que diz respeito à prática da cura, ou seja, “à produção da verdade médica”⁴⁴. É como se fosse uma espécie de estratégia mercadológica, dificultar ao máximo a entrada de novos concorrentes (outros agentes sociais que se interessassem pela prática da cura, ou até mesmo profissionais da área das biomedicinas que não são médicos, por exemplo, auxiliares de enfermagem e entes de saúde) no “mercado da cura”.

⁴⁴ Pergunto-me se isto ocorre apenas aos profissionais médicos! Será que os cientistas sociais, tais como antropólogos, sociólogos, historiadores, etc., também não reclamam para si exclusividade no que diz respeito à explicação/compreensão da realidade social/cultural? Será que esses profissionais concordariam com a tentativa de biólogos, químicos, físicos, ou ainda pessoas sem formação acadêmica, etc., de explicação da realidade social? Mas essas são questões por demais complexas para serem desenvolvidas neste espaço, mas que precisam estar claras, para que eu possa ser o máximo possível honesto no que diz respeito às minhas indagações, às perguntas que estão presentes no ato de fabricação deste trabalho.

O mecanismo saber-poder funciona através da produção de discursos, tema largamente desenvolvido por Foucault, e que ele tenta definir, enquanto um entre os mais importantes objetos de pesquisa, da seguinte forma:

Eis a hipótese que eu queria apresentar, esta tarde, para situar o lugar — ou talvez a antecâmara — do trabalho que faço: suponho que em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e os perigos, refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade (FOUCAULT, 2004, p.08-09).

Assim, o autor argumenta que o discurso médico (forma pela qual se “materializa” o saber) utiliza mecanismos de exclusão e separação no intuito de se sobrepujar socialmente. Mas ainda há um terceiro elemento a que o autor define como ferramenta de exclusão (ou vontade de verdade), seria a oposição entre o verdadeiro e o falso, segundo ele, esse binômio é “historicamente construído”, pois, desde os gregos, haveria disputa entre o discurso verdadeiro e aquele que seria falso. Os desenvolvimentos teóricos desse autor são importantes, pois ultrapassam a dimensão apenas epistemológica do problema.

Mas gostaria de trazer para o presente texto as ideias de outro autor que clarearam meus questionamentos sobre a problemática por mim levantada, refiro-me a Bourdieu. Em *Os usos sociais da ciência*, consegui começar a desenvolver novos olhares sobre os questionamentos de minha pesquisa.

Bourdieu, no texto citado anteriormente, irá se fazer as seguintes perguntas: “Quais são os usos sociais da ciência? É possível fazer uma ciência da ciência, uma ciência social da produção da ciência, capaz de descrever e de orientar os usos sociais da ciência?” (BOURDIEU, 2004b: 18). E começará a dar respostas àquelas perguntas da seguinte forma: “Todas as produções culturais, a filosofia, a história, a ciência, a arte, a literatura, etc., são objetos de análises com pretensões científicas” (*Ibidem*, p.19), por isso é possível se fazer uma ciência da ciência.

Mas antes de aprofundar as discussões em torno da produção científica, Bourdieu expõe uma problemática crucial, dirá que os estudos da ciência, ou a ciência da ciência, possui duas vertentes teóricas, uma externalista e outra internalista. Isso quer dizer que cada uma dessas matrizes teóricas propõe explicações diferentes sobre problemas identificados no que diz respeito ao fazer científico, problemas oriundos da atividade científica:

Grosso modo, há, de um lado, os que sustentam que, para compreender a literatura ou a filosofia, basta ler os textos. (...) Em oposição, uma outra tradição, frequentemente representada por pessoas que se filiam ao marxismo, quer relacionar o texto ao contexto e propõe-se a interpretar as

obras colocando-as em relação com o mundo social ou o mundo econômico (BOURDIEU, 2004b, p.19).

Bourdieu diz ser perigoso adotar posicionamentos extremos, aos moldes destas duas vertentes. A ciência, segundo o autor, não pode ser vista simplesmente como uma escrava de demandas externas a ela, nem como uma entidade “pura”, intocável, que não sofre influência no desempenho de suas atividades. Nas palavras do próprio Bourdieu:

O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações, etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve. De fato, as pressões externas, sejam de que natureza forem, só se exercem por intermédio do campo, são mediatizadas pela lógica do campo (*Ibidem*, p.21).

O trecho anteriormente transcrito expõe a ideia de haver uma correlação entre diferentes esferas sociais, no caso específico em que escreve Bourdieu, a esfera científica. No entanto, Bourdieu, tal qual (SHINN; RAGOUET, 2008), defende que, no que diz respeito aos estudos sobre a ciência (estudos sociais sobre a ciência, ou epistemologia/sociologia/filosofia/antropologia da ciência), não pode haver concepções extremistas. Segundo esse posicionamento, assim como a ciência influencia outras esferas sociais, tais como as características comportamentais de um dado grupo social, a exemplo de se usar determinado produto visando à saúde (escova e creme dental), outros campos podem influenciar a produção científica, a exemplo de crenças religiosas (assim como a biologia, que possuiu na religião um dos maiores empecilhos no que diz respeito à formulação da teoria da evolução das espécies).

A atividade científica nem pode ser considerada atividade “monástica”, sem contato com restante do mundo social, nem uma espécie de esfera sem dimensões de ação próprias:

Em outras palavras, é preciso escapar a alternativa da “ciência pura”, totalmente livre de qualquer necessidade social, e da “ciência escrava”, sujeita a todas as demandas político-econômicas. O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações, etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve (BOURDIEU, 2004b, p.21).

O autor não nega haver uma “dependência” do campo científico em relação às demais esferas sociais, nem diz existir uma independência total deste campo, o que existe realmente é uma espécie de “(in)dependência relativa”, situação avaliada segundo o poder que o campo teria de “refratar” e/ou “retraduzir” demandas e pressões externas ao campo. Desse modo, penso ser uma teoria aplicável à análise do fenômeno aqui em questão, a biomedicina, não é um campo isolado das demais esferas sociais, por esse motivo ele recebe/sofre demandas externas, tais como pressão social, econômica, política, etc.

Como a própria definição, já exposta neste trabalho, o campo é um local de disputa para conservar ou modificar sua forma de existir, luta esta que é travada por sujeitos que compõem o campo, mas, eventualmente, por indivíduos que não estão diretamente ligados a ele também.

É a *estrutura das relações objetivas* entre os agentes que determina o que eles podem e não podem fazer. (...) Isso significa que só compreendemos, verdadeiramente, o que diz ou faz um agente engajado num campo (um economista, um escritor, um artista, etc.) se estamos em condições de nos referirmos à posição que ele ocupa nesse campo, se sabemos "de onde ele fala" (*Ibidem*, p.23; 24).

Na verdade, o campo só possui existência por haver relações entre os indivíduos que o fazem, são as relações objetivas entre os "agentes" que possibilitam a existência do campo. E são os agentes que realizam as transformações e/ou manutenções dentro dos campos.

Mas, tomando a biomedicina como um campo, como funcionam essas inter-relações na prática? Como essas ideias desenvolvidas por Bourdieu me ajudam a compreender a problemática aqui em questão? Antes de tentar realizar esse esforço, irei recorrer mais uma vez às palavras de Bourdieu:

no domínio da pesquisa científica, os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é, num dado momento do tempo, o conjunto de objetos importantes, isto é, o conjunto das questões que importam para os pesquisadores (...) Segue-se que, contrariamente ao que leva a crer num construtivismo idealista, os agentes fazem os fatos científicos e até mesmo fazem, em parte, o campo científico, mas a partir de uma posição nesse campo – posição essa que não fizeram – e que contribui para definir suas possibilidades e suas impossibilidades (BOURDIEU, 2004b, p.24; 25).

Igualmente a Foucault, herdeiro de algumas ideias de Marx & Engels, Bourdieu, entre outros autores aqui discutidos, acredita que a verdade é construída em sociedade, no entanto, essa construção não se dá da forma como imediatamente desejam os indivíduos, ela irá depender da posição ocupada pelos agentes em campo.

É desse modo que tento observar o não reconhecimento da AH enquanto legitimamente científica. Os médicos (defensores em geral) que advogam a veracidade da técnica ocupam lugar desigual no que diz respeito à produção de verdades cientificamente válidas. Daí o fato de até haver estudos científicos que abordem a terapêutica aqui estudada, no entanto, são vistos como não verdadeiros, como não científicos.

Assim, segundo esta visão, é que me inclino a pensar que os estudos de Jéssé Teixeira, Ricardo Veronesi, Telma Giovanini e Manoel Mozart Corrêa Norberto, entre tantos outros, citados inclusive no parecer emitido pelo CFM, são rechaçados e reconhecidos como não corroborantes no que diz respeito a validarem a cientificidade da AH, pois são

produzidos a partir de um lugar ilegítimo e por pessoas não autorizadas a produzirem “verdades”. Bourdieu explica esse processo afirmando que o campo, por ser formado por agentes, possibilita que cada um tenha uma determinada possibilidade de ação, possibilidade esta que é determinada pelo capital científico⁴⁵ acumulado individualmente.

Mas, como demonstrei na citação anterior, a agência desempenhada por cientistas é “limitada” por sua posição no campo, bem como pela quantidade de capital simbólico acumulado, há, portanto, uma estrutura objetiva. Existe ainda um dispositivo que realiza uma intermediação entre a estrutura e os indivíduos que nela estão inseridos, seria o *habitus*, ou comportamentos adquiridos, que servem de ferramenta no que diz respeito ao modo como os agentes realizam suas ações.

Assim, a biomedicina, enquanto componente de uma estrutura maior de conhecimento, é constituída por agentes (médicos, entre outros profissionais), que, por sua vez, detêm, de forma diferenciada, quantidades de capital científico (e mais alguns, como posso imaginar, por exemplo, capital político). Quem possui maior quantidade deste bem simbólico detém maior possibilidade de produzir efeitos mais profundos na dinâmica interna de seu campo.

Uma das melhores ideias deixadas por Bourdieu, que me ajudam a melhor compreender a presente problemática, são exatamente as soluções apresentadas por ele para superar as problemáticas trazidas pela dificuldade de se pensar a relação indivíduo-sociedade. A sociologia reflexiva dá bons suportes para superar essa dicotomia, as ideias de *habitus*, campo e poder simbólico possuem esta positividade, pois ela sugere que a dependência do campo científico é medida na proporção de sua autonomia ou heteronomia. Segundo Bourdieu:

Quanto mais um campo é heterônomo, mais a concorrência é imperfeita e é mais lícito para os agentes fazer intervir forças não científicas nas lutas científicas. Ao contrário, quanto mais um campo é autônomo e próximo de uma concorrência pura e perfeita, mais a censura é puramente científica e exclui a intervenção de forças puramente sociais (argumento de autoridade, sanções de carreira, etc.) e as pressões sociais assumem a forma de pressões lógicas, e reciprocamente: para se fazer valer aí, é preciso fazer valer razões; para aí triunfar, e precise fazer triunfar argumentos, demonstrações e refutações (BOURDIEU, 2004b, p.32).

45 Bourdieu, ainda no texto sobre *Os usos sociais da ciência*, dirá o seguinte a respeito do capital científico: “o capital científico é uma espécie particular do capital simbólico (o qual, sabe-se, é sempre fundado sobre atos de conhecimento e reconhecimento), que consiste no reconhecimento (ou no crédito) atribuído pelo conjunto de pares-concorrentes no interior do campo científico” (BOURDIEU, 2004b).

O autor indica que estão em jogo diversas modalidades de explicação da realidade, *representações sociais* concorrentes entre si, *representações* estas que pretendem ser referências à “realidade objetiva”, realidade que também não possui “universalidade”, cada grupo de pesquisadores possuem uma “teoria” para esta realidade que concorrem no campo da explicação científica:

Em consequência, aquilo com que se defronta no campo são construções sociais concorrentes, *representações* (com tudo o que a palavra implica de exibição teatral destinada a fazer ver e a fazer valer uma maneira de ver), mas representações realistas que se pretendem fundadas numa “realidade” dotada de todos os meios de impor seu veredito mediante o arsenal de métodos, instrumentos e técnicas de experimentação coletivamente acumulados e coletivamente empregados, sob a imposição das disciplinas e das censuras do campo e também pela virtude invisível da orquestração dos *habitus* (BOURDIEU, 2004b, p.33).

Segundo essa visão anteriormente citada, o campo científico, assim como as demais esferas da estrutura social, possui em sua composição relações de poder, bem como

conhece relações de força, fenômenos de concentração do capital e do poder ou mesmo de monopólio, relações sociais de dominação que implicam uma apropriação dos meios de produção e de reprodução, conhece também lutas que, em parte, têm por móvel o controle dos meios de produção e reprodução específicos, próprios do subuniverso considerado (*Ibidem*, p.34).

Desse modo, penso que os indivíduos responsáveis pela decisão de não admitir a AH enquanto técnica cientificamente válida necessitaram de certa quantidade de poder simbólico⁴⁶ para a produção do ato proibitivo, poder que possui duas formas: poder temporal (ou político) e poder específico (ou prestígio pessoal). Há entre esses poderes proporcionalidade que obedece à seguinte ordem, poder temporal equivale à quantidade de poder institucional acumulado, à influência em órgãos fomentadores de pesquisa, a grandes laboratórios, enfim, tudo o que refere-se à instituição. Por sua vez, o poder específico, ligado a pretensões menos objetivas, é medido pelo sucesso pessoal de cada pesquisador, por um maior reconhecimento de seus colegas de profissão (BOURDIEU, 2004b).

Estes dois tipos de poder (capital social) podem existir em uma mesma instituição, no entanto, quanto maior for a quantidade de poder temporal (ou político), menor será a independência deste grupo a pressões externas a ele, e, por sua vez, quanto maior for o poder institucional, maior o nível de independência do grupo em relação às pressões sociais externas. Isso dá base a disputas pelo “monopólio da competência científica”:

46 Nas palavras do próprio Bourdieu, a definição de Poder Simbólico é a seguinte: “o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 1989, p.07-08).

O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da *autoridade científica* definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da *competência científica*, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (ORTIZ, 1983, p.122).

De tal modo, tem-se que o campo científico está em constante disputa e que, ao mesmo tempo, esta é uma disputa científica e política (ORTIZ, 1983). Isso pode ser observado ao longo da história da medicina, até os dias atuais, basta tomarmos os estudos de Sampaio (2001) como exemplo. Aquela pesquisadora, como anteriormente expus, sustenta que, no que diz respeito ao campo das curas, havia lutas entre os vários “agentes curadores”, não apenas entre os médicos científicos e os “curandeiros”, mas inclusive entre os próprios médicos acadêmicos, que acusavam-se mutuamente de “pseudo médicos”.

Assim, a autora evidencia a luta no campo das práticas de cura à época do Segundo Reinado. No entanto, os estudos que realizei demonstram que o consenso relativo aos processos e técnicas de cura ainda são algo fictício, haja vista que os principais protagonistas da celeuma que envolve a prática da AH são médicos acadêmicos que, igualmente à época dos estudos de Sampaio (2001), acusam-se mutuamente de charlatões. Os médicos modernos continuam a, por vezes, acusarem colegas de não praticarem a medicina “verdadeira”.

Desse modo, a moderna medicina, ao passar pelos processos de mudança de que nos falou Foucault (1984), até chegar ao atual estágio, de medicina social, acumulou capital simbólico o bastante para ter assegurado privilégios no que diz respeito à produção do discurso científico legítimo. Os atuais representantes da biomedicina estão no topo de uma relação social de dominação, eles possuem legitimidade para criar as regras que serão aplicadas na produção de verdades na área da saúde.

Como bem vem sendo observado desde Canguilhem (2000), a medicina é tida como uma atividade social que necessita ser estudada no intuito de aperfeiçoar suas ações, já que estas possuem como objeto os processos de saúde- -doença em seres humanos, daí a importância de aprimorá-los, através de pesquisa multidisciplinar, por exemplo, sempre que se detecte necessidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O “fechamento” de pesquisas, de forma particular, acredito ser uma das fases que exigem mais atenção ao ser realizada, uma vez que se exige haver conclusões e resultados. No entanto, muitas das “conclusões” a que chego com esta pesquisa permeiam o corpo do texto, contudo, tentarei organizar de forma clara os resultados obtidos. Os ensinamentos que me foi possível apreender durante o desenvolvimento desta pesquisa foram inúmeros, um dos principais é o fato de entender pertencer ao senso comum acreditar ser a medicina uma disciplina científica. Após a conclusão deste trabalho, posso afirmar, assim como o fez Canguilhem (2000), sem receio (algo que agora parece ser muito simples), a prática biomédica (ou o fazer médico em si) não é ciência! Os médicos não são cientistas! Como tentei expor durante o corpo do texto, o que acontece na prática é a utilização de conceitos, linguagem, teoria e metodologia científica no intuito de a medicina se mostrar, ante a sociedade, como ciência pelo simples motivo de deduzir que a legitimidade científica está “em alta” na sociedade moderna. No entanto, o que acontece é que apenas uma parcela da atividade médica pode ser considerada científica, apesar de quase toda ela reclamar para si este *status*, assim como a epidemiologia e a fisiologia o detém.

Desse fato decorre alguns problemas vistos à luz dos desenvolvimentos teóricos de Almeida (2011), Camargo Jr. (2005), entre outros pesquisadores que estudam a biomedicina. Um deles é que a eficácia terapêutica (vista como dimensão prática da atividade médica, ou seja, *grosso modo*, aquilo que se pratica nos consultórios) fica comprometida, pois a visão tecnocientificista, antes concentrada na atividade de diagnose (dimensão teórica do fazer médico), agora se torna hegemônica inclusive na dimensão terapêutica. Daí a adoção de metodologias de alta tecnologia, a exemplo dos RCCTs, como critérios de validade da prática médica. Esses modelos de produção de conhecimento médico marginaliza o indivíduo, pois o sujeito é totalmente desconsiderado na produção da cura, apenas a doença, ou melhor, o entendimento do funcionamento da doença, é que importa ao médico. A doença passa a ter realidade própria, independente do sujeito que está acometido por ela, a dimensão social da cura se perde, a medicina deixa de ser arte para se transformar em mera aplicação de técnicas e tecnologias.

Mas a adesão da biomedicina aos RCCTs torna claro outro problema, a dimensão conflituosa que envolve a problemática. A mudança epistemológica que acontece na medicina que deixa de utilizar a terapêutica como mecanismo validador de procedimento médicos legítimos, em detrimento da diagnose, é apenas um pano de fundo para disfarçar uma disputa política pelo poder da cura, uma vez que a medicina percebe, ainda que tardiamente, o sucesso social que obtiveram as ciências, e tenta lograr o mesmo êxito,

tentando “imitar” os procedimentos científicos clássicos objetivando maior aceitação social de suas práticas.

Assim, ao fim deste estudo, concluo que é necessário, uma vez mais, as ciências sociais e as biomedicinas “sentarem” para uma rodada de conversas, tal como ocorreu num passado próximo e que deu origem aos grandes Institutos de medicina social do país (que teve como resultado uma maior preocupação com a dimensão social do processo de adoecimento), bem como o desenvolvimento de teorias da ciência que se pautaram nas teorias epistemológicas de médicos, como a importância que os estudos de Canguilhem representaram na teoria das revoluções científicas de Kuhn (2007) e ainda a influência daquele médico, e de outros, na sociologia de Foucault.

Acredito que, nesta nova “rodada de conversa”, deva-se partir dos muitos e importantes ganhos teóricos que já existem, a saber, os muito bem elaborados estudos de cunho epistemológico que ressaltam, desde Canguilhem e Foucault, o lado social do processo de adoecimento, bem como as teorias sociológicas do poder, em que se sabe ser a explicação da realidade (seja da realidade médica, política, religiosa, etc.) um instrumento de grandes disputas sociais. Colocar esses aprendizados como ponto de partida pode ser um dos maiores saltos que essas duas áreas de conhecimento podem proporcionar à sociedade moderna. Com isto não estou afirmando que os atuais pesquisadores das questões e dos processos de saúde-doença não avançaram nas discussões iniciadas por aqueles autores anteriormente citados. É evidente a importância de teorias que discutem a questão da integralidade (TESSER; LUZ, 2008), por exemplo, ou ainda as muito atuais discussões sobre natureza *versus* cultura (ALMEIDA; GOMES, 1998). Isso para não falar no salto que as discussões sobre as opções epistemológicas na atividade biomédica desenvolveram (ALMEIDA, 2011; BENET, 1999; BIRMAN, 2005; CAMARGO JR., 1992, 2003, 2005; LUZ, 2011).

O que trago como proposta, na verdade, é apenas um indicativo de nova agenda comum às ciências humanas e à biomedicina, é realizar uma síntese teórica de toda essa produção anterior (tanto sociológica como “epistemomédica”, se é que, na condição de reletrando, posso me dar ao luxo de “neologizar”) e propor novas frentes de análises. Dos aprendizados epistemológicos acumulados, podemos citar o fato de ser quase unânime a concordância da necessidade de abandonar o paradigma científico clássico e adotar posturas mais flexíveis. Do ponto de vista dos aprendizados sociológicos, sabe-se há muito da existência de disputas pelo poder, inclusive o poder do conhecimento (de produzir conhecimento válido), e o prestígio que uma bela carreira acadêmica traz. Combinados esses dois grupos de “descobertas” científicas, é possível afirmar que as verdades

biomédicas, apesar de serem socialmente construídas pelo ser humano, seu desenvolvimento obedece a relações assimétricas de força (BOURDIEU, 2004b).

Não sei bem ao certo como sugerir pontos a serem estudados seguindo esta nova proposta, mas arriscaria um, por exemplo, trazer a ciência política, o direito, a antropologia, a sociologia, a psicologia, entre outras ciências humanas, bem como a filosofia, para ajudar a pensar as liberdades individuais em se tratando de saúde. Não apenas discutir o direito à vida ou à morte, de legitimar ou não a eutanásia, o aborto, etc., mas questões mais simples, como o direito a tratar doenças recorrendo às práticas de cura da Umbanda, de filosofias orientais, e ser garantido o direito de pessoas, profissionais médicos, religiosos, etc., que, “sabendo para agir” (CANGUILHEM, 2000) – não importando de que ordem fosse tal conhecimento –, possuam legitimidade para tratar as pessoas que a eles recorrerem, sejam estes saberes científicos ou transcendentais, ficando ao indivíduo assegurado o exercício da liberdade de escolha de como se tratar.

Este é apenas um indicativo, pouquíssimo claro ainda em minha mente, de como poderia se dá essa nova etapa de parceria entre biomedicinas e ciências humanas. Algo que vá além das críticas epistemológicas e da denúncia dos mecanismos de controle e de poder sobre as práticas de saúde. Talvez seja hora de produzirmos uma ‘nova’ “invenção das biociências”, dando-me o luxo de parafrasear Roy Wagner (2010).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D.P., *et al.* **Aplicação clínico-cirúrgica do plasma rico em plaquetas** – estudo revisional. *Odontologia. Clín.-Científ. Recife*, 7 (2): 119-122, abr/jun., 2008.
- ALMEIDA, J. A. G. DE; GOMES, R. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 6, n. 3, p. 71–76, jul. 1998.
- ALMEIDA, E. **As razões da terapêutica: racionalismo e empirismo na medicina**. Rio de Janeiro: EdUFF, 2011.
- BENET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 123-150, jun. 1999.
- BIRMAN, J. **A Physis da saúde coletiva**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 11-16, jan. 2005.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil, 1989.
- _____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas, SP: Papyrus Editora, 1996.
- _____. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- _____. **Os usos sociais da ciência**. São Paulo: UNESP, 2004b.
- BRAMBATTI, L. E. **Racionalização, cultura e turismo em meio rural na serra gaúcha**. 2005.
- BRASIL. **LEI Nº 3.268, de 30 de setembro de 1957**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3268.htm>.
- _____. **LEI Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 26 jan. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>.
- _____. **LEI Nº 10.205, de 21 de março de 2001**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 21 mar. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10205.htm#art28>.
- _____. **RESOLUÇÃO-RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, 2004. Disponível em: <http://www.sbpc.org.br/upload/noticias_gerais/320100416113458.pdf>.
- _____. **Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)**. Ministério da Saúde, fev. 2005. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ResumoExecutivoMedNatPratCompl1402052.pdf>>.
- _____. **RESOLUÇÃO CFM Nº 1.982/2012**. Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1982_2012.pdf>.
- BRÜSEKE, F. J. **A técnica moderna e o retorno do sagrado**. *Tempo Social*, v. 11, n. 1, p. 209-230, maio. 1999.
- _____. **A modernidade técnica**. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 49, p. 135-144, jun. 2002a.

_____. **A descoberta da contingência pela teoria social.** Sociedade e Estado, v. 17, n. 2, p. 283-308, dez. 2002b.

_____. **Romantismo, mística e escatologia política.** Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 62, p. 21-44, jan. 2004.

CAMARGO JR., K. R. DE. **(Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 2, n. 1, p. 203-230, jan. 1992.

_____. **Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos.** Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 4, p. 1163-1174, ago. 2003.

_____. **A biomedicina.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 15, p. 177-201, jan. 2005.

CANAL, Ivo Hellmeister; CANAL, Raoní Bertelli. **Hemoterapia.** In: Revista Nosso Clínico, nº 39 ano 07, outubro de 2004.

CANDEIAS, N. **Sociologia e medicina.** Revista de Saúde Pública, v. 5, n. 1, p. 111-127, jun. 1971.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CINTRA, M. E. R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p. 139-154, mar. 2010.

CRUZ, A. **Pode a testemunha modesta falar?** A biomedicina em trânsito paradigmático. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 4, p. 1331-1354, dez. 2011.

DURKHEIM, É. **As Formas Elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GEOVANINI, Telma. **Em defesa da liberação da Auto-Hemoterapia no Brasil.** Brasília, STF. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/EM_DEFESA_DA_LIBERACAO_DA_AUTOHEMOTERAPIA_NO_BRASIL.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2012.

FERREIRA, C. DOS S.; LUZ, M. T. **Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 14, n. 3, p. 863-875, set. 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro. Ed: Graal, 1984.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis. Ed. Vozes, 2004.

_____. **A Ordem do discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2008.

_____. **Arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GEERTZ, C. **Interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEOVANINI, T.; NORBERTO, M. M. C. **Tratamento da Esclerodermia, doença autoimune através da Auto-Hemoterapia: um estudo de caso clínico.** Revista REFERÊNCIA, 2009. Disponível em: <http://felizmente.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2132&id_revista=4&id_edicao=26>.

GIDDENS, A. **As ideias de Durkheim**. São Paulo: Cultrix, 1981.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. DE. **A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico**. \b Ciênc. saúde coletiva [on line]. 2006, vol.11, n.4, pp. 1093-1103. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, dez. 2006.

HEIDEGGER, M. **A questão da técnica**. Rev. Scientiaestudia, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 375-98, 2007. Disponível em: <http://www.scientiaestudia.org.br/revista/PDF/05_03_05.pdf>.

HERZLICH, C. **Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 15, n. 2, p. 193–203, jan. 2005.

JARVIE, I.; AGASSI, J. **Por uma sociologia crítica da ciência**. Rev. Sociologias, v. 13, n. 26, 2011.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. **História da Hemoterapia no Brasil**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 27, n. 3, p. 201-207, set. 2005.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo. Perspectiva, 2007.

LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P.-L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro. Editora 34, 1994.

LEITE, D. F.; BARBOSA, P. F. T.; GARRAFA, V. **Auto-Hemoterapia, intervenção do estado e bioética**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 54, n. 2, p. 183-188, abr. 2008.

LORENZETTI, J. *et al.* **Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária**. \b Texto & Contexto - Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 432-439, jun. 2012.

LUZ, M. T. **Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde**. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, p. 22–31, mar. 2011.

_____. \b **Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde**. Saúde Social. São Paulo, v.20, n.1, p.22-31, 2011.

MACHADO, A. C. B.; PLEITEZ, V.; TIJERO, M. C. **Usando a antimatéria na medicina moderna**. Revista Brasileira de Ensino de Física, v. 28, n. 4, p. 407–416, jan. 2006.

MARCOVICH, A.; SHINN, T. **Forma, epistemologia e imagem nas nanociências**. Rev, Scientiae Studia, v. 7, n. 1, p. 41-62, mar. 2009.

_____. **Estrutura e função das imagens na ciência e na arte: entre a síntese e o holismo da forma, da força e da perturbação**. Rev, \b Scientiae Studia, v. 9, n. 2, p. 229-265, jan. 2011.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 4^a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1980. v. I.

MEDEIROS, Walter. **Pelo fim de uma agressão à arte de curar**. Brasília. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Pelo_Fim_de_um_a_Agressao_a_Arte_de_curar.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hematologia e Hemoterapia: guia de manejo de resíduos**. 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hematologia_hemoterapia_manejo_residuos.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - ANVISA. **Nota Técnica sobre Auto-Hemoterapia**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/2007/130407.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2012.

MONTAGNER, M. Â. **Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social?** Um escorço comparativo entre França e Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 193–210, jun. 2008.

NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís: EDUFMA, 2008.

NEVES, Fabrício Monteiro. **A diferenciação centro-periferia como estratégia teórica básica para observar a produção científica**. *Revista de Sociologia e Política*, v. 17, n. 34, p. 241-252, out. 2009.

NUNES, E. D. **As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento**. *Saúde e Sociedade*, v. 1, n. 1, p. 59–84, jan. 1992.

OLIVEIRA, I. B. DE. **Aprendendo nos/dos/com os cotidianos a ver/ler/ouvir/sentir o mundo**. *Educação & Sociedade*, v. 28, n. 98, p. 47–72, abr. 2007.

ORTIZ, R. **Sociologia: Pierre Bourdieu**. São Paulo, Ed. Ática, 1983.

PROGRAMA TELEVISSIVO. **Técnica revolucionária melhora índice de recuperação de lesões**. Reportagem Esporte Espetacular do dia 10 de Janeiro de 2010., 20 jan. 2010. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=Tp6XIRmhuTE&feature=youtube_gdata_player>. Acesso em: 9 jul. 2011.

SAMPAIO, G. DOS R. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2001.

SANTOS, L. A. DE C.; MORAES, C.; COELHO, V. S. P. **A hemoterapia no Brasil de 64 a 80**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 161–182, jan. 1991.

SETTON, M. DA G. J. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea**. *Revista Brasileira de Educação*, n. 20, p. 60-70, ago. 2002.

SHINN, T. **Desencantamento da modernidade e da pós-modernidade: diferenciação, fragmentação e a matriz de entrelaçamento**. *Rev. \b Scientiae Studia*, v. 6, n. 1, p. 43-81, mar. 2008a.

_____. **Regimes de produção e difusão de ciência: rumo a uma organização transversal do conhecimento**. *\b Scientiae Studia*, v. 6, n. 1, p. 11-42, mar. 2008b.

SHINN, T. RAGOUET, Pascal. **Controvérsias sobre a Ciência: por uma sociologia transversalista da atividade científica**. São Paulo. Editora 34, 2008.

SILVA, E. B. DA; TEREZAN, M. L. F. **Homeopatia e Isopatia na terapia peridontal de manutenção em paciente com periondontite agressiva**. *RBPS*, V. 20, 2007.

SILVA, L. A. V. DA. **Práticas de mediação na pesquisa epidemiológica sob o ponto de vista etnográfico**. *Rev. \b História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 16, n. 1, p. 109-128, mar. 2009.

SILVA, L. F. DA; ALVES, F. **Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença**. *Physis: \b Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1207-1229, dez. 2011.

SILVA, M. C. S. E. \b **Auto-Hemoterapia**. Monografia. Juiz de Fora, 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/28416196/AUTO-HEMOTERAPIA-MARIA-CLARA-SALOMAO-E-SILVA>>. Acesso em: 9 jul. 2012.

TEIXEIRA, Jêsse. **Auto-hemotransfusão**: complicações pulmonares pós-operatório. **Rev. BRASIL CIRÚRGICO**, Rio de Janeiro, vol. II, março de 1940. Disponível em: <http://www.saudecompleta.com/arquivos_pdf/jeseteixeira%201940.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2012.

TESSER, C. D. **A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais**: uma reflexão introdutória. \b *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 465-484, jan. 2007.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e integralidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 195–206, fev. 2008.

VERONESI, Ricardo. **Imunoterapia**: o impacto médico do século. [S.d.]. Disponível em: . Acesso em: 9 jul. 2012.

Vídeo-Depoimento. **Auto Hemoterapia**: Conversa com Dr Luiz Moura. Roteiro, produção e direção: Ana Martinez e Luiz Fernando Sarmento; Produção Independente, 2004.

VIVAS. Wanessa Lordêlo P. **Manual prático de Hematologia**. Produção independente. Disponível em: <<http://www.aa.med.br/upload/biblioteca/Manual%20de%20Hematologia.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2012

WAGNER, R. **A Invenção da Cultura**. São Paulo: COSAC NAIFY, 2010.

WEBER, M. **Sociologia**: Max Weber. São Paulo: Ática, 1982.

_____. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1999.

_____. **A ética Protestante e o “Espírito” do Capitalismo**. São Paulo, Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 2008.

WITTER, N. A. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. **Tempo**, v. 10, n. 19, p. 13–25, dez. 2005.

ZASLAVSKY, Ida. **Auto-Hemoterapia**. Florianópolis. 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/AutoHemoterapia.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

SITES VISITADOS

<http://amigosdacura.ning.com/group/autohemoterapia>

<http://autohemo.blogspot.com.br/>

<http://autohemoterapia.no.comunidades.net/index.php?pagina=1152106986>

<http://beiachy.wordpress.com/2009/04/10/campanha-meu-sangue-me-cura-auto-hemoterapia/>

<http://www.campanhaauto-hemoterapia.blogspot.com.br/>

http://www.portalbrasil.net/reportagem_hemoterapia.htm

<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/AutoHemoterapia.pdf>

http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/EM_DEFESA_DA_LIBERACAO_DA_AUTOHEMOTERAPIA_NO_BRASIL.pdf

http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Pelo_Fim_de_uma_Agressao_a_Arte_de_curar.pdf

<http://www.youtube.com/watch?v=xMW8bWrUukA>

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de entrevista

1. Identificação do entrevistado; formação acadêmica, local de trabalho, atividades desenvolvidas.
2. O que é a Auto-Hemoterapia; qual a relação que tem com a temática – esta pergunta foi direcionada a todos os entrevistados, tanto defensores quanto opositores, da mesma forma, após ter havido um momento de “quebra do gelo”.
3. Diálogo livre sobre as polêmicas que envolvem a Auto-Hemoterapia:
 - Qual a opinião referente ao porquê de AH ser proibida?
 - Você acha que ela poderá vir a ser legalizada?
 - Qual a argumentação usada para defender ou se opor à AH?

ANEXO A – NOTA TÉCNICA DA ANVISA

Nota Técnica nº 1 de 13 de abril de 2007 - 18h50

Auto-Hemoterapia

Considerando os questionamentos recebidos pela Gerência de Sangue e Componentes – GGSTO/ANVISA, sobre a prática denominada de “auto-hemoterapia”, esclarecemos o que segue:

1. A prática do procedimento denominado auto-hemoterapia não consta na RDC nº. 153, de 14 de junho de 2004, que determina o regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.
2. Tal procedimento consiste na retirada de sangue por punção venosa e a sua imediata administração por via intramuscular ou subcutânea, na própria pessoa.
3. Não existem evidências científicas, trabalhos indexados, que comprovem a eficácia e segurança deste procedimento.
4. Este procedimento não foi submetido a estudos clínicos de eficácia e segurança, e a sua prática poderá causar reações adversas, imediatas ou tardias, de gravidade imprevisível.
5. A Resolução CFM nº 1.499, 26 de agosto de 1998, proíbe aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. O reconhecimento científico, quando e se ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país. Proíbe também qualquer vinculação de médicos a anúncios referentes a tais métodos e práticas.
6. A Sociedade de Hematologia e Hemoterapia não reconhece o procedimento auto-hemoterapia.
7. O procedimento “auto-hemoterapia” pode ser enquadrado no inciso V, Art. 2º do Decreto 77.052/76, e sua prática constitui infração sanitária, estando sujeita às penalidades previstas no item XXIX, do artigo 10, da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977.
8. As Vigilâncias Sanitárias deverão adotar as medidas legais cabíveis em relação à referida prática.

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/sangue/informes/01_130407.htm?NomeColuna=CO_SEQ_ALERTA&Parametro=858>. Acesso em: 05/05/2012.